Kata Pengantar Sekretaris KPA Nasional

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh,

Lima tahun yang lalu, kita amat prihatin karena makin cepatnya peningkatan HIV dan AIDS yang tersebar hampir merata di seluruh Indonesia. Yang lebih memprihatinkan adalah makin meningkatnya HIV dan AIDS di kalangan ibu rumah tangga dan bayi yang tak berdosa. Kita bersyukur, karena melihat situasi tersebut Presiden Republik Indonesia mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, agar upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS segera ditingkatkan secara lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) dibentuk untuk memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan upaya penanggulangan AIDS secara multi-sektoral dan komprehensif dengan pendekatan yang dikenal sebagai "Total Football". Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional bertanggung jawab untuk menggerakkan dan mengkoordinasikan pelaksanaan instruksi Presiden tersebut.

Laporan ini merupakan pertanggung jawaban Komisi Penanggulangan AIDS Nasional kepada Presiden, dan merupakan bentuk keterbukaan informasi kepada rakyat Indonesia, termasuk rakyat Indonesia yang hidup dengan dan terdampak HIV. Dalam laporan ini digambarkan upaya penanggulangan AIDS yang luas dan beragam yang merupakan upaya bersama banyak orang dan lembaga, baik dari dalam maupun luar negeri.

Selama lima tahun terakhir, telah terjadi berbagai perubahan mendasar baik dalam upaya pengendalian epidemi HIV secara langsung, maupun dalam pengembangan dan penguatan sistem manajemen dan program di sektor pemerintah dan masyarakat yang sangat dibutuhkan untuk upaya penanggulangan AIDS yang berkelanjutan.

Sebagai Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, perkenankan saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan saya atas upaya bersama yang kita laksanakan, termasuk program, pendanaan, kebijakan publik dan peran aktif masyarakat

yang telah membawa perubahan positif bagi orang yang terinfeksi dan terdampak HIV dan AIDS maupun masyarakat umum. Kita lihat ada kemajuan dan kita berbangga atas hasil kerja keras kita bersama.

Kita akui dan sadari sepenuhnya, bahwa perjalanan masih panjang dan masih banyak tantangan yang dihadapi. Masih terlalu banyak orang Indonesia, laki-laki, perempuan, anak-anak, yang belum terjangkau informasi, layanan, dukungan dan pengobatan yang dibutuhkannya. Peran aktif dari berbagai pihak sangat diperlukan untuk mengambil bagian dalam upaya kita bersama menanggulangi epidemi HIV dan AIDS ke depan.

Dalam laporan lengkap terdapat lima bagian sebagai berikut:

Rangkuman Eksekutif
Bab 1 Latar Belakang Peraturan Presiden No.75/2006 dan laporan ini
Bab 2 Epidemi dan Upaya Penanggulangannya: Perubahan-perubahan tahun 2006 dan 2011
Bab 3 Mengelola Perubahan: Membangun sistem dan memfungsikannya
Bab 4 Melihat ke Depan

Komisi Penanggulangan AIDS di tingkat nasional dan daerah, dengan penuh tanggung jawab serta semangat perjuangan yang tinggi, bersedia menghadapi tantangan lima tahun ke depan. Kami percaya, bahwa dengan meningkatkan kerjasama dan kemitraan yang telah terjalin baik dengan semua pihak, masyarakat sipil, orang-orang yang terinfeksi dan terdampak HIV, pemerintah di semua tingkat, komunitas lintas agama, media massa, lembaga penelitian dan akademisi, sektor swasta, kelompok profesi serta penyedia layanan kesehatan di seluruh Indonesia, Insya Allah masyarakat Indonesia akan mampu mengendalikan epidemi HIV dan AIDS di seluruh tanah air tercinta.

Semoga Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberkati upaya kita bersama.

Wassalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Nasional,

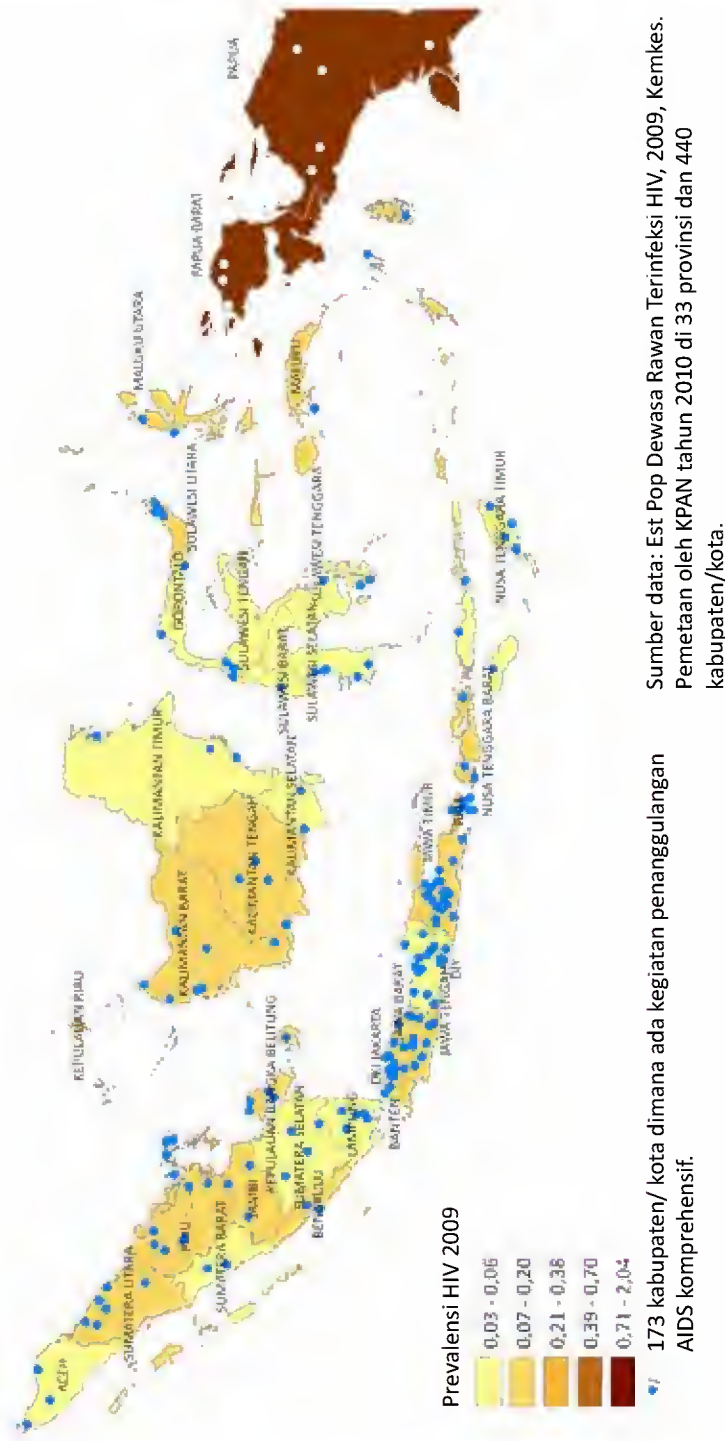
Dr. Nafsiah Mboi, SpA, MPH.

Peta Epidemi dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, 2011

Prevalensi HIV 2009

- 0,03 - 0,06
- 0,07 - 0,20
- 0,21 - 0,38
- 0,39 - 0,70
- 0,71 - 2,04

173 kabupaten/ kota dimana ada kegiatan penanggulangan AIDS komprehensif.

Sumber data: Est Pop Dewasa Rawan Terinfeksi HIV, 2009, Kemkes. Pemetaan oleh KPAN tahun 2010 di 33 provinsi dan 440 kabupaten/kota.

Catatan untuk Pembaca

Terkait data tersaji:

Tahun pelaporan: Rentang waktu laporan ini adalah sampai dengan bulan Juni tahun 2011 jika data pendukung tersedia; paling tidak, sampai dengan Desember 2010 atau data terkini yang sudah dapat digunakan.

Informasi mengenai masyarakat sipil (*"civil society"*): Ruang lingkup laporan ini, khususnya informasi tentang peran masyarakat sipil dalam penanggulangan AIDS selama tahun 2006-2011 dirasakan belum memadai untuk menunjukkan peran positif masyarakat sipil yang sangat penting dan makin meningkat dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Karena itu, laporan mengenai peran masyarakat sipil dalam penanggulangan HIV dan AIDS disiapkan secara khusus.

Sumber informasi: Keseluruhannya tertulis dalam daftar rujukan. Sedapat mungkin digunakan sumber data Pemerintah Indonesia.

Terkait anggaran, pembiayaan/belanja ("*expenditures*") dan pendanaan: Informasi disajikan baik dalam bentuk anggaran maupun pengeluaran aktual; yang pertama menggambarkan komitmen dan yang kedua adalah realisasi pengeluaran/ belanja. Keduanya dibedakan dengan jelas mana yang anggaran dan mana yang sudah menjadi pengeluaran/ biaya riil. Informasi mengenai pengeluaran diperoleh dari laporan *Indonesian National AIDS Spending Assessment* (NASA) yang dikembangkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional mengikuti pedoman yang dikeluarkan UNAIDS untuk seluruh dunia. Laporan NASA periode 2006-2008 telah dipublikasikan. Laporan NASA periode 2009 - 2010 masih dalam proses penyelesaian dan diharapkan akan dipublikasikan dalam tahun 2011. Namun demikian, beberapa hasil sementara laporan NASA periode 2009-2010 ini telah masuk dalam Laporan ini.

Jika anggaran ataupun pengeluaran dilaporkan dalam bentuk Dolar Amerika dan Rupiah sesuai data aslinya, maka untuk nilai tukar mata uang digunakan US $ 1 = Rp 8.500.

Data epidemi: Sebagian besar data epidemi bersumber dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia baik berupa *Laporan Triwulan Situasi HIV dan AIDS di Indonesia, Estimasi Jumlah Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dan Populasi Dewasa Rawan Terinfeksi HIV* (2006 dan 2009), informasi surveilans tahunan, dan lain-lain. Sebagian lagi seperti Survei Cepat Perilaku (SCP) bersumber dari Sekretariat KPAN. Sumber semua data tercatat.

Keterbatasan data: Dalam persiapan laporan ini telah diupayakan untuk mengumpulkan informasi terkini dan yang paling relevan, melibatkan berbagai pihak termasuk sumber data potensial. Namun demikian, tentu saja ada kegiatan di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, maupun komunitas dimana tim penulis laporan maupun Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional tidak memiliki data yang lengkap.

Ada pula beberapa data penting yang belum tersedia selama masa pengembangan laporan ini: (1) Survei Terpadu Biologis Perilaku (STBP), 2011, (2) Estimasi Jumlah Orang Dewasa yang Rentan Tertular HIV, 2011 (3) Laporan *National AIDS Spending Assessment* Tahun 2009-2010, dan (4) Data laporan infeksi HIV Baru yang terpilah berdasarkan jenis kelamin, cara penularan, serta umur.

Daftar Isi

Lampiran

Tabel

Grafik

Box

Peta

Singkatan*

AIDS	*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ART	*Antiretroviral Therapy = pengobatan dengan ARV*
ARV	Antiretroviral. Obat-obat yang ditujukan pada virus tertentu, termasuk virus HIV.
ASA	*Aksi Stop AIDS*. Program HIV dan AIDS di Indonesia yang didukung oleh USAID. ASA yang aktif selama periode 2005 - 2008
AusAID	*Australian Agency for International Development*
BAPPENAS	Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BNN	Badan Narkotika Nasional
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan.
BPKP	Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan
CST	*Care, Support, and Treatment* - Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
DFID	*Department for International Development*. Lembaga Pemerintah Inggeris (UK) yang bertanggung jawab untuk dukungan pembangunan internasional *(international development* assistance).
DKT	Darmendra Kumar Tiagi. Agen *Condom Social Marketing* di Indonesia
DKIA	Dana Kemitraan Indonesia untuk HIV dan AIDS
DPR RI	Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia
EU	*European Union*. Terdiri dari 27 negara anggota di regional Eropa

* **Sumber: KPAN.** *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014. Mid Term Review (2010).* **UNAIDS.** *Terminology Guidelines (January 2011).* **WHO.** Website. **Kemkes RI.** Terminologi

FHI	*Family Health International* - kontraktor luar negeri yang bekerja di bidang HIV di Indonesia dengan kantor pusat di Amerika
GFATM	*Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria*
GWL-INA	Gaya Warna Lentera Indonesia = Jaringan Nasional Gay, Waria dan Laki-laki yang Seks dengan Laki-laki lainnya di Indonesia
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
IBBS	*Integrated Bio Behavioral Surveillance*
IBCA	*Indonesian Business Coalition on AIDS*
ICAAP	*International Congress on AIDS in Asia and the Pacific.* Pertemuan Regional AIDS untuk Asia dan negara2 Pasifik, diselenggarakan 2 tahun sekali. Indonesia jadi tuan rumah/ penyelenggara ICAAP 9 tahun 2009
IMS	Infeksi Menular Seksual
IO	Infeksi Oportunistik
IPF	*Indonesian Partnership Fund for HIV and AIDS.* Dana Kemitraan Indonesia untuk HIV dan AIDS = DKIA
IPPI	Ikatan Perempuan Positif Indonesia
JOTHI	Jaringan Orang Terinfeksi HIV Indonesia
KDS	Kelompok Dukungan Sebaya
Komunitas	masyarakat orang yang terinfeksi dan terdampak HIV
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KTS	Konseling dan Testing Sukarela
Lapas/Rutan	Lembaga Pemasyarakatan/ Rumah Tahanan.
LASS	Layanan Alat Suntik Steril. Dalam laporan ini disebut LASS.
MDG	*Millennium Development Goals* disepakati dalam Pertemuan Tingkat Tinggi PBB tahun 2000 dengan "goals" dan target-target untuk dicapai pada tahun 2015. Fokus Goal 6 adalah HIV and AIDS.
Menko Kesra	Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/ Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Napza	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
NASA	*National AIDS Spending Assessment.* Laporan tentang dana penggunaan untuk HIV dan AIDS mengikuti pedoman dari UNAIDS. Indonesia mengambil bagian dalam pengembangan dan ujicoba pedoman.
ODHA	Orang Dengan HIV dan/atau AIDS

OST	*Oral Substitution Therapy* - Terapi Substitusi Oral
Penasun	Pengguna napza suntik
PICT	*Provider Initiated Counseling and Testing* - Konseling dan Testing Inisiatif Petugas Kesehatan
Perpres	Peraturan Presiden
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PPK 100%	Program Penggunaan Kondom 100% adalah program untuk mencegah infeksi HIV pada pekerja seks perempuan, pelanggannya dan populasi umum dengan cara melibatkan pemilik usaha dan pengelola usaha hiburan "memaksa" penggunaan kondom pada setiap transaksi seksual
PR	*Principle Recipient*= Penerima Hibah Utama dana dukungan GFATM
SRAN	Strategi dan Rencana Aksi Penanggulangan AIDS Nasional 2010-2014
Surveilans	Pengambilan data secara periodik pada populasi khusus untuk mendeteksi perkembangan perilaku atau epidemi penyakit dari satu waktu ke waktu lain
TB	Tuberkulosis
TRM	Terapi Rumatan Metadon
UNAIDS	*Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*
UNODC	*United Nations Office on Drugs and Crime*
UNDP	*United Nations Development Programme*
UNFPA	*United Nations Population Fund*
UNGASS	*United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS* (2001)
UNICEF	*United Nations Children's Fund*
USAID	*US Agency for International Development*
VCT	*Voluntary Counseling and Testing*
WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
WHO	*World Health Organization*
WPS	Wanita Pekerja Seks

Istilah

Estimasi: Dalam lima tahun terakhir, ada 2 laporan resmi perkiraan (estimasi) jumlah ODHA dan populasi kunci, yaitu laporan tahun 2006 dan tahun 2009. Kajian estimasi seperti ini dilakukan secara periodik oleh Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional serta mitra-mitra di 33 Provinsi. Estimasi jumlah ODHA tahun 2006 adalah sekitar 193.070 orang (kisaran: 169.230-216.820). Perkiraan jumlah ODHA pada tahun 2009 adalah 186.257 orang (kisaran: 132.089-287.357). Dalam laporan ini, estimasi jumlah ODHA tahun 2006 digunakan sebagai dasar perhitungan untuk perencanaan dan pemantauan dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2009. Estimasi tahun 2009, yang dipublikasikan pada tahun 2010, digunakan mulai tahun 2010.

Fenomena gunung es: Suatu gunung es sebagian kecil puncaknya terlihat di atas permukaan air, tetapi lebih banyak bagian yang tidak terlihat karena berada di bawah permukaan air. Istilah "fenomena gunung es" terkait HIV dan AIDS berarti, bahwa orang terinfeksi HIV maupun kasus AIDS yang diketahui atau terlaporkan, hanyalah bagian kecil dari jumlah yang sebenarnya. Bagian yang lebih besar biasanya "tersembunyi" dan tidak diketahui jumlahnya.

Intervensi struktural: Intervensi struktural adalah pendekatan komprehensif untuk mempengaruhi tatanan yang ada (sosial, pekerjaan, kepemerintahan), termasuk sistem, lembaga, kebijakan, struktur, serta peraturan perundangan dan bekerja sama dengan orang perorang maupun kelompok, untuk mengubah lingkungan mereka secara positif oleh mereka dan untuk mereka.

Laki-laki Berisiko Tinggi (LBT): Yang dimaksud dengan "Laki-laki Berisiko Tinggi" dalam laporan ini, adalah jutaan laki-laki, pada umumnya usia

muda/ usia reproduktif yang bekerja terpisah dari keluarga maupun tempat dimana ia biasa bermasyarakat (bahkan sering berpindah-pindah), antara lain mereka yang bekerja di bidang pertambangan, pertanian dan perkebunan, perikanan, konstruksi (jalan, jembatan, pelabuhan, dan bandar udara), kehutanan, dan transportasi jarak jauh (biasanya transportasi darat atau antar pulau), dll. Mereka pada umumnya cenderung melakukan "seks berisiko" maupun perilaku berisiko lain seperti mengkonsumsi miras, napza dll., sehingga berisiko tinggi untuk penularan HIV dan penyakit lainnya.

Pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*): Komponen program pengurangan dampak buruk berubah pada tahun 2009. Sampai sebelum itu, ada 12 komponen yang diperkuat dengan Peraturan Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat No. 2/2007 yang terdiri dari: (1) penjangkauan dan pendampingan; (2) komunikasi informasi dan edukasi; (3) pendidikan sebaya; (4) konseling perubahan perilaku; (5) konseling dan testing HIV sukarela (VCT); (6) program penyucihamaan; (7) layanan jarum dan alat suntik steril; (8) pemusnahan peralatan suntik bekas; (9) layanan terapi pemulihan ketergantungan narkoba; (10) program terapi rumatan metadon; (11) layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST), dan pelayanan kesehatan dasar. Pada tahun 2009, WHO, UNODC, dan UNAIDS mengeluarkan pedoman baru menjadi 9 komponen yaitu: (1) program layanan alat suntik steril; (2) terapi substitusi opiat dan layanan pemulihan adiksi lainnya; (3) konseling dan testing HIV; (4) terapi antiretroviral; (5) pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual (IMS); (6) program kondom untuk penasun dan pasangan seksualnya; (7) komunikasi informasi dan edukasi tersasar (*targeted*) untuk penasun dan pasangan seksualnya; (8) vaksinasi, diagnosis dan pengobatan hepatitis; (9) pencegahan, diagnosis dan pengobatan tuberkulosis.

Populasi kunci: Kelompok populasi yang menentukan keberhasilan program pencegahan dan pengobatan, sehingga mereka perlu ikut aktif berperan dalam penanggulangan HIV dan AIDS, baik bagi dirinya maupun orang lain. Populasi ini adalah (1) Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual berisiko yang tidak terlindung, bertukar alat suntik tidak steril; (2) Orang-orang yang rentan adalah orang yang karena pekerjaan, lingkungannya rentan terhadap penularan HIV, seperti buruh migran, pengungsi dan kalangan muda berisiko; dan (3) ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi HIV.

Terapi antiretroviral: ARV adalah obat-obat yang dapat menghambat perkembangan virus HIV dalam tubuh. Pengobatan dengan ARV tidak dibutuhkan oleh semua orang terinfeksi HIV. ARV hanya diberikan dalam keadaan dimana CD4 seseorang turun sampai kadar tertentu (350/ml kubik darah), berarti kekebalannya sudah terganggu atau dengan perkataan lain, yang bersangkutan sudah masuk tahap AIDS. Karena ARV menghambat penggandaan virus HIV, maka pengrusakan kekebalan tubuhpun akan terhambat. Temuan ilmiah menunjukkan bahwa pemberian ARV lebih awal bisa menurunkan jumlah virus dalam darah, sehingga bisa menurunkan risiko penularan kepada orang lain. ARV tidak "membunuh" virus dalam darah dan jika pasien AIDS menghentikan minum ARV maka jumlah virus dalam darah akan meningkat lagi dengan cepat, sehingga mengakibatkan penyakit (AIDS) yang dideritanya akan jadi lebih parah.

Tingkat epidemi:

- **Tingkat Rendah:** Tingkat epidemi dimana prevalensi HIV secara konsisten tidak melebihi 1% pada populasi umum, tidak pula melebihi 5% pada salah satu kelompok populasi kunci.
- **Tingkat Terkonsentrasi:** Tingkat epidemi dimana prevalensi HIV berada di atas 5% pada sub-populasi tertentu tetapi tetap di bawah 1% pada populasi umum .
- **Tingkat Tergeneralisasi:** Epidemi HIV sudah menyebar dalam populasi umum, biasanya melalui penularan heteroseksual. Dalam epidemi yang tergeneralisir, prevalensi HIV pada ibu hamil sudah melebihi 1%.

Stop AIDS
Take the Lead

1987-2005: Awal perkembangan epidemi HIV di Indonesia dan upaya penanggulangannya

1. Awal epidemi HIV dan AIDS di Indonesia (1987): Kasus pertama AIDS di Indonesia ditemukan 24 tahun yang lalu (1987). Antara tahun 1987 dan 1997, peningkatan infeksi tampak lambat, upaya penanggulangan pun sangat terbatas dan terutama terfokus di sektor kesehatan. Pada bulan Mei 1994 Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) yang pertama di Indonesia ditetapkan dengan Keputusan Presiden 36/1994[1], yang kemudian disusul dengan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS yang pertama (bulan Juni 1994).[2]

2. Epidemi makin berkembang dan upaya penanggulangannya (1994 – 2004): Pada pertengahan tahun 1990an, tampak peningkatan yang tajam dalam penularan di kalangan pengguna napza suntik (penasun). Lingkungan sosial dan legal yang mengkriminalisasi penasun, menyebabkan sebagian besar menyuntik secara sembunyi-sembunyi dengan berbagi alat suntik. Hal ini berdampak negatif pada semua orang yang terlibat maupun pada penyebaran infeksi HIV. Pada tahun 1993 di kalangan penasun hanya 1 orang yang ditemukan HIV positif (di Jakarta), pada bulan Maret 2002 sudah dilaporkan 116 kasus AIDS karena penggunaan napza suntik di 6 provinsi. Pada akhir tahun 2004 dilaporkan 2.682 orang dengan AIDS dari 25 provinsi

(kumulatif), diantaranya: 1844 adalah ODHA baru: 649 orang stadium HIV dan 1.195 AIDS baru. Sebanyak 824 orang (68,95% dari AIDS yang baru dilaporkan)[3] adalah akibat penggunaan napza suntik.[4]

Pada tahun yang sama, selain di kalangan penasun, data surveilans di kalangan orang yang berisiko terinfeksi HIV akibat gaya hidup atau pekerjaannya : pekerja seks perempuan, laki-laki dan waria, laki-laki yang seks dengan laki-laki (LSL), dan pasangan masing-masing – semua juga menunjukkan peningkatan HIV secara signifikan. Antara tahun 2003 dan 2004 jumlah infeksi baru HIV dan kasus AIDS yang dilaporkan meningkat hampir 4 kali lipat (3,81 kali) antara lain karena meningkatnya sarana testing dan konseling, kemampuan mendiagnosa dan pelaporan yang lebih baik, terutama di Jawa, Bali dan beberapa provinsi lain di luar Jawa. Epidemi HIV di Indonesia "beralih" dari klasifikasi "epidemi tingkat rendah" menjadi "epidemi terkonsentrasi" – dimana prevalensi HIV di kalangan penduduk risiko tinggi sudah mencapai > 5%.

Epidemi HIV di Provinsi Papua[5] menunjukkan perkembangan yang berbeda dengan provinsi lain. Walaupun penduduknya hanya 1% dari penduduk Indonesia, namun dalam bulan Desember 2004 HIV kumulatif yang dilaporkan di Papua berjumlah 19,1% dari seluruh infeksi baru di Indonesia.[6] Selain itu, penularan utama HIV secara nasional disebabkan oleh penggunaan napza suntik, namun lebih dari 90% infeksi HIV di Papua disebabkan karena hubungan seks berisiko. Tantangan yang sangat besar untuk penanggulangan AIDS di Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat adalah masalah komunikasi, transportasi serta infrastruktur kesehatan dan masyarakat yang sangat terbatas.

3. Komitmen Sentani – suatu upaya baru (2004): Tanggal 19 Januari 2004, Menko Kesra/ Ketua KPA Nasional M. Jusuf Kalla, memimpin rapat konsultasi KPA Nasional di Sentani, Provinsi Papua bersama para gubernur dari 6 provinsi dengan prevalensi HIV yang tertinggi,* 6 Menteri/ Kepala Lembaga yang merupakan pimpinan KPA Nasional[7] serta Ketua Komisi VII DPR RI – untuk mengkaji secara serius situasi epidemi, dan bersama menandatangani suatu komitmen untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di 6 provinsi tersebut dengan pendekatan komprehensif disertai target yang jelas dan rencana pemantauan dan evaluasi bersama setiap 3 bulan. Komitmen ini dikenal sebagai Komitmen Sentani.

Komitmen Sentani merupakan upaya untuk mempercepat penanggulangan HIV dan AIDS melalui pendekatan "total football" yang multisektoral, terdiri dari: upaya pencegahan penularan melalui transmisi seksual dan napza suntik; peningkatan layanan kesehatan; penguatan kelembagaan KPA semua tingkat; penguatan peraturan

* Provinsi Papua, Bali, Jawa Timur, Jawa Barat, DKI Jakarta, dan Riau yang sebelum akhir tahun sudah mekar dan ada provinsi baru yang mengikuti Komitmen Sentani yaitu provinsi Kepulauan Riau.

perundangan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif; dan penyediaan anggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Evaluasi 1 tahun Komitmen Sentani (Februari 2005) menunjukkan hasil yang sangat positif di sebagian besar provinsi Komitmen Sentani tersebut, terutama dimana ada kerjasama yang baik antara pemerintah dan masyarakat. Namun demikian, jelas bahwa keberhasilan yang terjadi di beberapa daerah tersebut, jangkauan maupun efektivitasnya belumlah cukup untuk mengendalikan epidemi secara nasional.

2006-2011: Menuju upaya penanggulangan AIDS secara nasional mengacu pada Peraturan Presiden 75/2006

4. Perpres 75/2006 tahap baru dalam upaya penanggulangan AIDS nasional: Dalam bulan Desember 2005, setelah mendengar penjelasan dari Wakil Ketua Pokja Komitmen Sentani dan staf sekretariat KPA Nasional, Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat yang baru, Ir Aburizal Bakrie berkesimpulan, bahwa AIDS bukan merupakan persoalan lokal, tetapi merupakan ancaman serius terhadap pembangunan bangsa Indonesia secara nasional; dengan perkataan lain, upaya penanggulangan yang terpencar-pencar, terbatas dan tak terkoordinasi tidak akan mampu mengendalikan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia. Atas dasar analisa tersebut, beliau berkesimpulan bahwa perlu ada perubahan dalam status, keanggotaan maupun tata kerja dari Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN).

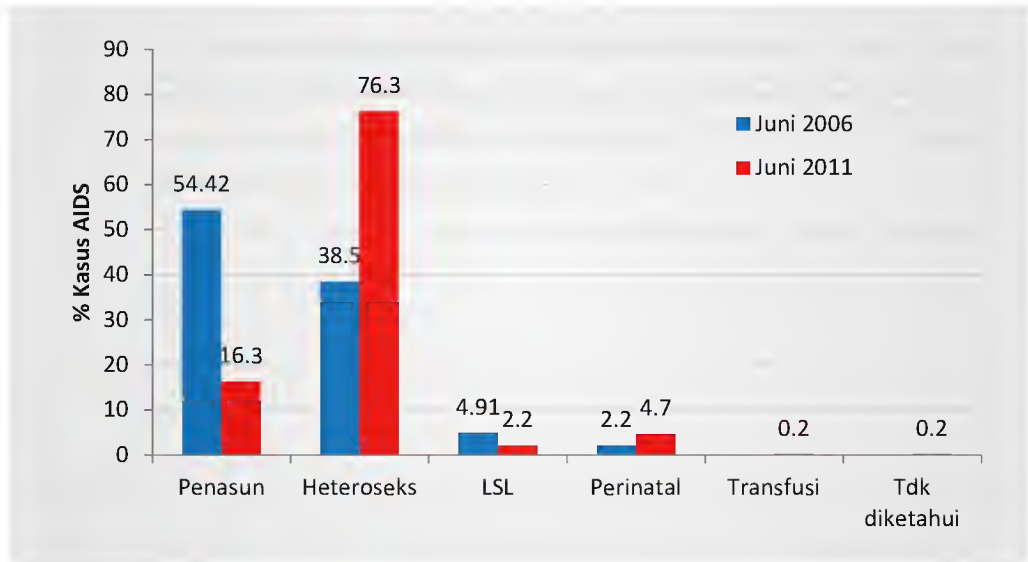
Enam bulan kemudian pada tanggal 13 Juli 2006, ditetapkanlah Peraturan Presiden no 75/ 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. KPAN yang baru ditugaskan untuk "meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi" (Ps 1). KPAN berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Presiden (Ps 2) – dengan demikian meningkatkan posisi KPAN sebagai bagian dari aparat pembangunan bangsa yang mempunyai tanggung jawab secara nasional. Berbeda dengan KPAN sebelumnya, KPAN dalam Perpres 75/2006 lebih inklusif dengan penambahan anggota selain dari sektor pemerintah sipil dan militer, juga dari organisasi ODHA nasional, perwakilan dari komunitas LSM AIDS, dan organisasi profesi dan sektor swasta. Dr Nafsiah Mboi, salah seorang anggota KPAN ditetapkan sebagai sekretaris penuh waktu merangkap sebagai Kepala Sekretariat KPAN dan Ketua Tim Pelaksana KPAN. Permenkokesra no. 5/ 2007 menetapkan masa jabatan sekretaris KPAN selama 5 tahun (2006 – 2011) dan hanya bisa diperpanjang selama maksimum 1 masa bakti (5 tahun) lagi. (Lihat **Lampiran 1**: Keanggotaan KPA sesuai Perpres 75/2006).

5. Pertimbangan-pertimbangan dasar dalam penanggulangan AIDS nasional: Sejak terbitnya Perpres 75/2006, pertimbangan-pertimbangan yang mendasari upaya dan kegiatan-kegiatan KPA Nasional adalah untuk mencapai : a) **jangkauan/ cakupan** seluas-luasnya agar sebanyak mungkin populasi kunci yang paling rentan terinfeksi HIV (populasi kunci, atau masyarakat yang terdampak, yaitu: pengguna napza suntik (penasun), pekerja seks (laki-laki, perempuan, waria), laki-laki yang seks dengan laki-laki (LSL), orang terinfeksi HIV (ODHA) dan pasangan masing-masing, mempunyai akses terhadap informasi, layanan pencegahan maupun dukungan serta pengobatan. b) **efektivitas/mutu kegiatan** yang mampu mengurangi infeksi baru serta meningkatkan mutu hidup orang yang sudah terinfeksi, dan c) **keberlanjutan upaya penanggulangan** yang mandiri secara pribadi (tanggung jawab pribadi dan kelompok) maupun secara nasional (tidak tergantung dukungan dana luar negeri).

Disamping itu, semangat pelaksanaan maupun evaluasi upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara nasional senantiasa mengacu pada prinsip-prinsip Hak Asasi Manusia untuk menciptakan upaya penanggulangan yang inklusif, etis dan manusiawi yaitu:

- Menghilangkan stigma, diskriminasi dan hambatan-hambatan yang disebabkan oleh ketimpangan dan ketidak setaraan jender
- Pengembangan lingkungan, sistem dan kegiatan yang kondusif / mendukung orang-orang maupun upaya penanggulangan secara hakiki.

6. Keragaman epidemi HIV di Indonesia dan keragaman upaya penanggulangannya: Hasil-hasil kajian, survailans dan data epidemiologis HIV dan AIDS di Indonesia menunjukkan adanya keragaman dan perbedaan-perbedaan dalam situasi epidemi tergantung antara lain pada: siapa yang berisiko terinfeksi, pilihan orang dalam menghadapi situasi, kesempatan maupun tanggung jawab yang dipunyainya. Oleh karena itu dibutuhkan upaya penanggulangan yang beragam. Dalam tahun 2006, variasi dalam intensitas epidemi ini sudah jelas tampak antara lain dalam perbedaan yang besar antara epidemi di Indonesia pada umumnya dan situasi khusus di Tanah Papua. Terjadinya perubahan dalam perkembangan epidemi tampak antara lain dari cara penularan: bulan Juni 2006 dilaporkan oleh Kemenkes, bahwa 54,4% dari kasus AIDS yang baru terjadi di kalangan penasun karena penularan melalui alat suntik, sedangkan bulan Juni 2011 angka tersebut sudah turun jadi 16,3%. Sebaliknya, dalam kurun waktu yang sama, penularan heteroseksual meningkat dari 38,5% menjadi 76,3%. Akibat dari makin meningkatnya penularan melalui hubungan seks berbeda jenis (heteroseksual) ini adalah: makin meningkatnya jumlah perempuan dan bayi yang dilaporkan sebagai kasus AIDS yang baru: Juni 2006 persentase kasus AIDS baru pada perempuan adalah 16,9%, tahun 2011 menjadi 35,1%, sedangkan penularan perinatal (dari ibu ke bayi) meningkat dari 2,16% menjadi 4,7%.[8]

Grafik 1: Persentase kasus AIDS baru Juni 2006 dan Juni 2011 menurut cara penularan

Sumber: Data dari Kemkes. Laporan Triwulan Kedua (s/d Juni) 2006 dan 2011

Keragaman ini membutuhkan pendekatan dan pengembangan program yang fleksibel, dan tepat tanggap, didukung oleh pengumpulan data, analisa dan pemantauan yang berkelanjutan untuk menjamin bahwa upaya penanggulangan HIV dan AIDS di daerah maupun secara nasional memenuhi kaidah-kaidah epidemiologis. Demikian pula, untuk menjamin akseptabilitas dan penggunaan layanan yang memadai, dibutuhkan kemitraan dan masukan dari orang-orang yang terinfeksi, dan terdampak, serta yang paling berisiko, dalam situasi dan kondisi yang ber-beda-beda antara lain: populasi kunci dari seluruh Indonesia, orang muda, buruh migran, Laki-laki Berisiko Tinggi (LBT - *high risk men*), populasi umum di Tanah Papua (terutama mereka di daerah-daerah terpencil dan kurang terlayani).

Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2007 – 2010 dilanjutkan dengan SRAN 2010-2014 memberikan kerangka kerja sama, tujuan umum dan tujuan khusus untuk penanggulangan yang komprehensif, namun memberikan peluang untuk penyusunan rencana aksi daerah dan mobilisasi sumber daya yang sesuai dengan kebutuhan dan prioritas masing-masing daerah. Indonesia memilih pendekatan yang komprehensif dan paripurna – pendekatan "total football" – termasuk kemitraan, kebijakan dan program yang dibutuhkan oleh berbagai kelompok penduduk yang terdampak (populasi kunci), mulai dari pencegahan, dukungan, rawatan dan pengobatan serta mitigasi dampak

sosial ekonomi dari epidemi HIV. Inilah yang merupakan kunci utama untuk memutus rantai penularan dan merubah jalannya epidemi.

Pada saat yang sama, penting sekali upaya peningkatan pengetahuan masyarakat secara umum tentang pengetahuan dasar HIV dan AIDS, cara-cara penularan serta cara-cara pencegahan penularannya, prinsip-prinsip non diskriminasi dan Hak Asasi Manusia dalam konteks epidemi maupun pesan-pesan praktis tentang abstinensia, saling setia dan peningkatan nilai-nilai keagamaan.

Dalam kaitan dengan orang yang sudah terinfeksi HIV (ODHA) serta populasi kunci lainnya, sangat penting fokus pada peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan kegiatan yang mendukung kemandirian, tanggung jawab pribadi dan kelompok – mencegah penularan kepada orang lain dan ketaatan minum obat serta menjalani hidup yang penuh dan bermakna. Dalam pendekatan "total football", setiap orang dan kelompok yaitu yang terinfeksi dan terdampak umum maupun orang hidup dengan HIV mempunyai peran positif dalam upaya penanggulangan nasional.

7. Langkah awal KPA Nasional: Langkah awal KPA Nasional yang baru terdiri dari: (1) pengorganisasian sekretariat KPA yang professional dan penuh waktu melalui rekrutmen terbuka, (2) pengembangan strategi nasional yang baru dilengkapi dengan rencana aksi nasional dengan tujuan, sasaran (target) dan rencana anggaran yang jelas, (3) mobilisasi sumber daya. Rencana Aksi Nasional (RAN) terdiri dari kerangka kerja nasional yang komprehensif, yang didasari oleh a) estimasi jumlah dan pemetaan populasi kunci serta peta penularan tahun 2006, (lihat **Lampiran 2** : rincian populasi kunci 2006 dan 2009) dan b) pendekatan dengan menggunakan program yang terbukti efektif di dunia maupun di Indonesia. SRAN menjadi acuan kerja sama antara semua mitra dalam penanggulangan HIV dan AIDS – pemerintah, masyarakat sipil termasuk populasi kunci/ masyarakat yang terdampak, LSM/ organisasi non pemerintah yang bergerak dalam bidang pendidikan, pelayanan dan advokasi, serta organisasi/ kelompok-kelompok agama, media, organisasi profesi dalam layanan kesehatan, sektor swasta maupun berbagai mitra internasional antara lain: United Kingdom, Australia, Amerika Serikat, badan-badan PBB/UN, badan-badan multilateral lainnya dan LSM internasional.

Perhatian khusus diberikan pada upaya pencegahan penularan HIV baik di kalangan penasun maupun transmisi seksual, layanan dukungan, rawatan dan pengobatan bagi ODHA, penguatan sistem kesehatan dan pemberdayaan masyarakat untuk layanan yang dibutuhkan ODHA. Sama pentingnya, sejalan dengan Peraturan Presiden 75/2006, adalah Peraturan Menteri Dalam Negeri 20/2007 yang memberikan pedoman untuk

pembentukan KPA di daerah serta pemberdayaan masyarakat dalam menanggulangi HIV dan AIDS.[*] Hal ini penting dan merupakan dasar yang sangat bermanfaat untuk mengembangkan sistem KPA di semua tingkatan untuk memimpin dan mengelola, serta mengkoordinasikan upaya penanggulangan.

8. Tantangan sumber daya untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara nasional: Untuk melaksanakan rencana yang ambisius ini, sekretariat KPA Nasional perlu memobilisasi sumber daya – finansial, teknis, maupun sumber daya manusia – yang sangat besar. Sampai tahun 2006, investasi Indonesia untuk penanggulangan HIV dan AIDS baik di tingkat nasional maupun daerah, sangat terbatas secara finansial, dan sebagian besar hanya pada sektor kesehatan.

Tahun-tahun awal epidemi sampai 2003, berbagai dukungan teknis dan upaya pencegahan dilaksanakan dengan bantuan lembaga-lembaga internasional, terutama dari USA dan Australia. Upaya penanggulangan di 11 provinsi didukung oleh kesepakatan bilateral dengan AusAID dan USAID.[†] Kegiatan-kegiatan ini terutama terfokus di tingkat operasional berupa dukungan teknis, pelatihan, dan dukungan dana kepada LSM lokal yang mendampingi masyarakat yang terdampak. Antara tahun 2005 – 2011 dukungan AusAID secara kumulatif berjumlah US$9,918,190 (Rp 84,3 miliar) sedangkan dukungan USAID untuk kegiatan LSM dalam kurun waktu yang sama secara kumulatif berjumlah US$ 10,899,258 atau Rp 92,6 miliar. Selain itu, AusAID juga mendukung pengembangan kapasitas KPA bekerja sama dengan sekretariat KPAN; sebaliknya, Family Health International (dukungan USAID) bekerja sama secara erat dengan Kementerian Kesehatan (Kemkes) untuk pengembangan panduan-panduan teknis dan operasional, serta panduan-panduan pelatihan untuk pengurangan risiko penularan HIV di kalangan penasun dan masyarakat terdampak lainnya, serta pengembangan layanan klinis. Mitra-mitra bilateral tersebut juga memberikan dukungan untuk penelitian dan kajian agar situasi epidemi dan upaya penanggulangannya makin dimengerti dan dimanfaatkan sebagai masukan untuk pengembangan kebijakan maupun penyusunan program.

Tahun 2003, dukungan GFATM Ronde 1 dimulai di 5 provinsi,[‡] disusul Ronde 4 (2005-2010) di 19 provinsi.[§] GFATM Ronde 1 dan 4 mendukung kegiatan Kemkes terutama dalam pengembangan layanan konseling dan testing serta pengobatan yang dibutuhkan.

---

* Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 tentang pedoman umum pembetukan Komisi Penanggulangan AIDS dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah

† **Keduanya** AusAID dan USAID : DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Papua, Papua Barat. **AusAID**: DI Yogyakarta, Banten, Bali. **USAID**: Kepulauan Riau, Sumatera Utara.

‡ Riau, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Bali, Papua.

§ Sumatera Utara, Riau, Sumatera Selatan, Lampung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, Bali, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Maluku, Papua Barat, Papua

(lihat **Lampiran 3**, Rangkuman dukungan dana Global Fund untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2003 - 2015 dan lokasinya)

Sumber-sumber daya tersebut diatas maupun sumber daya dalam negeri pada tahun 2006 sama sekali tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan perluasan, percepatan dan intensifikasi (*scaling-up*) program agar dapat mencapai target Rencana Aksi Nasional 2007-2010. Oleh karena itu, salah satu upaya yang sangat penting yang dilaksanakan oleh sekretariat KPAN yang baru adalah mobilisasi sumber daya dalam dan luar negeri yang cukup besar jumlahnya untuk dapat mengendalikan epidemi HIV dan AIDS sesuai amanat Perpres 75/2006.

9. Dana Kemitraan Indonesia / Indonesian Partnership Fund (DKIA/ IPF): dukungan transisi ke program nasional yang komprehensif serta mobilisasi sumber-sumber daya yang lain: Pada akhir tahun 2005, Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua KPA Nasional menandatangani kesepakatan antara Pemerintah Inggeris/ DFID dan pemerintah Indonesia, membentuk Dana Kemitraan Indonesia untuk Penanggulangan AIDS (DKIA = *Indonesian Partnership Fund for HIV and AIDS* = *IPF*), dengan dana hibah sebesar GB £ 25 juta atau US$ 47 juta. Tujuan utamanya adalah untuk mendukung percepatan upaya penanggulangan AIDS di Indonesia selama 3 tahun ke depan (2005 – 2008). Sejalan dengan Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2003 - 2007 dan kesepakatan kerja kedua negera ini, sekretariat KPAN bertanggung jawab atas nama pemerintah Indonesia untuk memanfaatkan dana hibah, dan dari 2008 Sekretaris KPAN ditunjuk menjadi Direktur Nasional DKIA. UNDP ditetapkan sebagai *fund manager*/ pengelola dana hibah sampai sekretariat KPAN siap dan mampu melaksanakan tugas tersebut. Untuk tahun-tahun 2008-2010, dana hibah berasal dari Negara Inggris sebesar GB £ 3 juta atau US$ 4,5 juta). Pada saat yang bersamaan, pemerintah Australia memberi bantuan melalui DKIA dengan komitmen senilai Aus$ 3 juta (US$ 2,6 juta) untuk 3 tahun. Pada tahun 2011 pemerintah Amerika Serikat turut mendukung DKIA dengan komitmen per tahun senilai US$ 1 juta/tahun selama tiga tahun.

Pada awalnya (2005-2008) sebagian besar dana dari DKIA/IPF (75%) dipakai untuk memperluas jangkauan serta meningkatkan efektivitas (mutu) program, dan sebagian (18%) untuk penguatan sistem manajemen/ pengelolaan – dalam hal ini awal pengembangan sistem KPA untuk memimpin dan mengelola seluruh upaya penanggulangan AIDS di seluruh Indonesia. Antara tahun 2006-2007 DKIA antara lain membiayai staf dan operasional sekretariat KPAN serta 105 KPA Kabupaten/Kota di 22 provinsi, tahun 2008-2009 ditingkatkan menjadi 33 KPAP dan 170 KPA Kabupaten/Kota. Dukungan untuk staf penuh waktu dan biaya operasional tersebut, ternyata mempunyai daya ungkit yang cukup meyakinkan dengan peningkatan dukungan APBN dan APBD

dari tahun ke tahun. Dalam kurun waktu 2006-2011, dukungan dana DKIA/IPF kepada masyarakat sipil (*civil society*) berjumlah Rp 59.904.041.000,-.[9]

Dana DKIA/IPF juga dipakai untuk mobilisasi sumber dana lain; seperti mendukung proses pengembangan proposal (2007 dan 2008) kepada GFATM Ronde 8 dan 9. Upaya ini berhasil mendapatkan komitmen dana sebesar US$ 212 juta, mulai 1 Juli 2009 sampai dengan 30 Juni 2015. Dana ini secara bertahap akan mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang komprehensif (upaya pencegahan, pengobatan, mitigasi dampak, penguatan sistem kesehatan dan masyarakat) menuju akses universal pada tahun 2015. Tanggal 1 Juli 2009 dimulai di 12 provinsi (68 kabupaten/kota), tanggal 1 Juli 2010 menjadi 23 provinsi (103 kabupaten/kota), dan mulai Juli 2011 semua (33) provinsi dan 137 kabupaten/kota. Untuk mengelola dana GF ditetapkan 4 Penerima Hibah utama ("*Principal Recipient*" = *PR*) yaitu: Kemkes Dirjen P2PL, Sekretariat KPAN, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dan LKN Nahdlatul Ulama (NU) (lihat **Lampiran 3:** Rangkuman dukungan dana Global Fund untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2003 - 2015 dan lokasinya).

10. Mobilisasi sumber dana dalam negeri: Dalam kurun waktu 2006-2011, tampak peningkatan yang cukup bermakna dalam mobilisasi sumber dana dalam negeri. Dana APBN untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Kementerian / Lembaga (K/L) sektor pemerintah meningkat dari Rp 118,6 miliar untuk 11 K/L (tahun 2006)[10] menjadi Rp 856,281 miliar untuk 19 K/L (tahun 2011)[11].

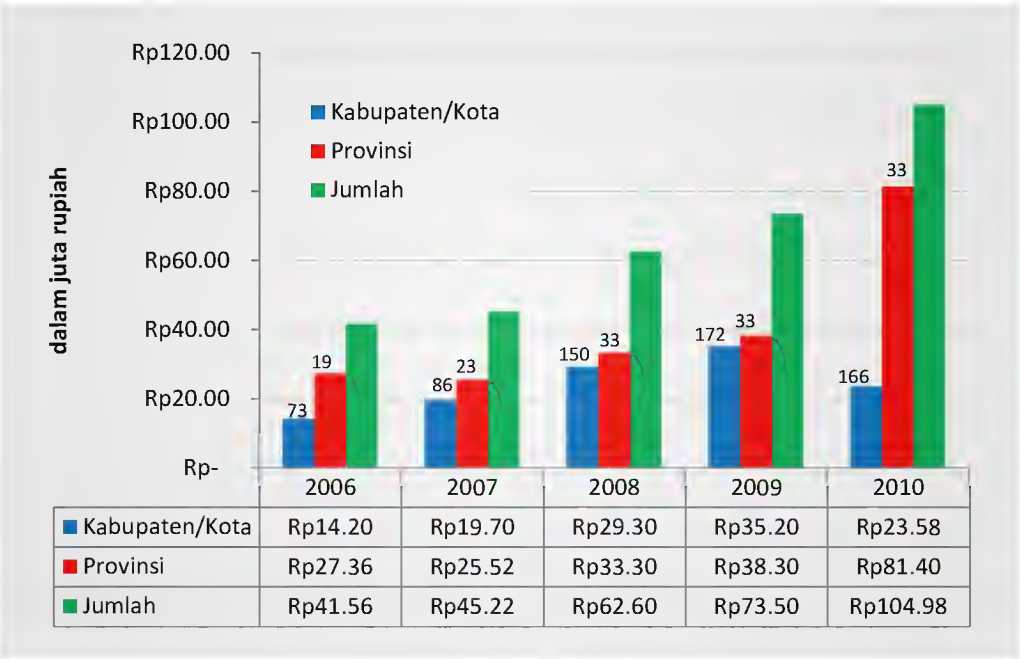
Dukungan dari APBD (Provinsi/Kabupaten/Kota) juga meningkat – tahun 2006 alokasi APBD hanya Rp 41.560.000 untuk kegiatan di 19 Provinsi dan 73 kabupaten/kota, pada tahun 2010 semua (33) Provinsi dan 166 kabupaten/kota telah menganggarkan APBD untuk penanggulangan AIDS di daerahnya masing-masing. Disamping itu, tahun 2011 ada 63 kabupaten dan 9 kota (di 24 provinsi)* dimana sekretariat KPA Kabupaten/Kota sepenuhnya dibiayai oleh APBD.

Salah satu indikator kemajuan dalam dukungan dana dalam negeri adalah persentase dibandingkan dengan dukungan dana internasional: tahun 2006, 27% belanja untuk penanggulangan HIV adalah dana dalam negeri (US$ 15,038,057 = Rp 127.823.484.500). Pada tahun 2010, 42% dari pengeluaran merupakan dana dalam negeri (US$ 27,5 juta = Rp 234.016.106.100), sedangkan 58% bersumber dari dana luar negeri. Secara keseluruhan, belanja untuk penanggulangan HIV dan AIDS meningkat dari Rp

* **2010 :** Sumatera Utara, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Kepulauan Riau, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, NTT, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat. **Tambahan 2011 :** NAD, Riau, Bangka Belitung, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Gorontalo.

481.100.000.000 (US$ 56.6 juta)tahun 2006, menjadi Rp 557.181.205.000 (US$ 65.6 juta) pada akhir 2010.[12]

Grafik 2: Perkembangan APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota (dalam juta rupiah)

	2006	2007	2008	2009	2010
Kabupaten/Kota	Rp14.20	Rp19.70	Rp29.30	Rp35.20	Rp23.58
Provinsi	Rp27.36	Rp25.52	Rp33.30	Rp38.30	Rp81.40
Jumlah	Rp41.56	Rp45.22	Rp62.60	Rp73.50	Rp104.98

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Keterangan: tinggi batang untuk jumlah anggaran dan informasi angka untuk jumlah kabupaten/kota serta provinsi yang menganggarkan

11. Upaya penanggulangan yang komprehensif: Tanggapan yang komprehensif terhadap HIV dan AIDS di Indonesia terdiri dari komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), layanan pencegahan yang komprehensif, sarana testing dan pengobatan termasuk ARV bagi yang membutuhkan, serta peningkatan kemampuan dan pengembangan sistem secara berkesinambungan untuk mencapai jangkauan, efektivitas dan keberlanjutan yang dibutuhkan untuk pengendalian epidemi HIV. Contoh tanggapan komprehensif tersebut antara lain adanya peningkatan dan perluasan yang terus menerus dalam pelatihan dan pendidikan tenaga kesehatan, pengembangan kemampuan penelitian sosial dan perilaku terkait HIV, pendidikan masyarakat yang luas melalui berbagai media, pendidikan formal, non formal dan informal untuk anak usia

sekolah dan lain lain. Demikian pula sistem manajemen, peraturan lokal dan logistik terus menerus disempurnakan. Peningkatan dan pengembangan kapasitas (antara lain dalam perencanaan, keuangan, pengelolaan program, dan advokasi) dalam lingkungan KPA baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota telah memberi sumbangan terciptanya upaya penanggulangan yang komprehensif sekaligus mendapatkan keuntungan dari semakin komprehensifnya upaya penanggulangan AIDS. Kegiatan-kegiatan ini tersebar di seluruh Indonesia. (Lihat **Lampiran** 6: provinsi dan kabupaten/ kota dengan perda tentang HIV da AIDS s/d 30 Agustus 2011)

Keberhasilan upaya penanggulangan yang komprehensif tidak hanya tergantung pada jumlah kegiatan terkait HIV, tetapi juga pada sinergi, saling mengisi dan kesesuaian antara kegiatan dengan situasi epidemi secara lokal. Mengelola, mengarahkan dan memimpin upaya-upaya tersebut merupakan tanggung jawab KPA pada tingkat pemerintahan masing-masing, bekerja sama dengan berbagai mitra. Singkatnya, tanggapan yang komprehensif di Indonesia tidak hanya mempertimbangkan apa yang perlu dilakukan, tetapi juga bagaimana dan oleh siapa. Semua bekerja sama mengacu kepada Rencana Aksi Nasional.

12. Prioritas utama adalah pencegahan: Dalam tahun 2006, diputuskan untuk memprioritaskan pencegahan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Prioritas tersebut tercermin dalam seleksi, desain, advokasi maupun pelatihan program.

Dari tahun ke tahun, sesuai perubahan dalam epidemi, terjadi perubahan dalam kombinasi kegiatan pencegahan. Sebagai contoh: mula mula, melihat tingginya infeksi HIV di kalangan penasun upaya pencegahan terutama ditujukan untuk mengembangkan meningkatkan dan memperluas upaya pengurangan dampak buruk (Harm Reduction) penggunaan napza suntik. Namun berdasarkan hasil kajian paruh waktu oleh KPAN dan pengalaman lapangan tahun 2009, maka dikembangkan pendekatan baru yang disebut PMTS yaitu Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual, suatu pendekatan komprehensif dengan intervensi struktural yang kini sedang diperluas untuk mencapai jangkauan secara nasional. (Pembahasan yang lebih dalam mengenai PMTS ada pada butir 14).

Contoh lain dari perubahan dalam pencegahan adalah, apa yang terjadi di dua provinsi, Papua dan Papua Barat. Inisiatif yang sangat bermakna dilakukan untuk menanggulangi terus bertambahnya infeksi baru pada penduduk usia muda di sana dengan cara memasukkan pendidikan HIV dan AIDS melalui Dinas Pendidikan, Pemuda dan Olah Raga, baik di dalam sekolah maupun di luar sekolah. Pendekatan ini dikembangkan di masing-masing provinsi dengan dukungan teknis dari UNICEF dan dukungan dana dari pemerintah Belanda. Adapun kepada masing-masing pihak di kedua provinsi ini disampaikan bahwa pendidikan HIV dan AIDS ini adalah sejalan dengan apa yang

sudah ada sebelumnya: kebijakan, pedoman dan kurikulum-kurikulum sesuai dengan tingkatan pendidikan, dan materi pendukung serta pelatihan pendidik yang sudah direncanakan (termasuk guru-guru, tutor untuk kegiatan ekstra kurikuler, dan pelatihan olah raga, musik, dan kesenian, drama serta banyak hal lain yang dapat mendukung terjadinya proses pembelajaran).

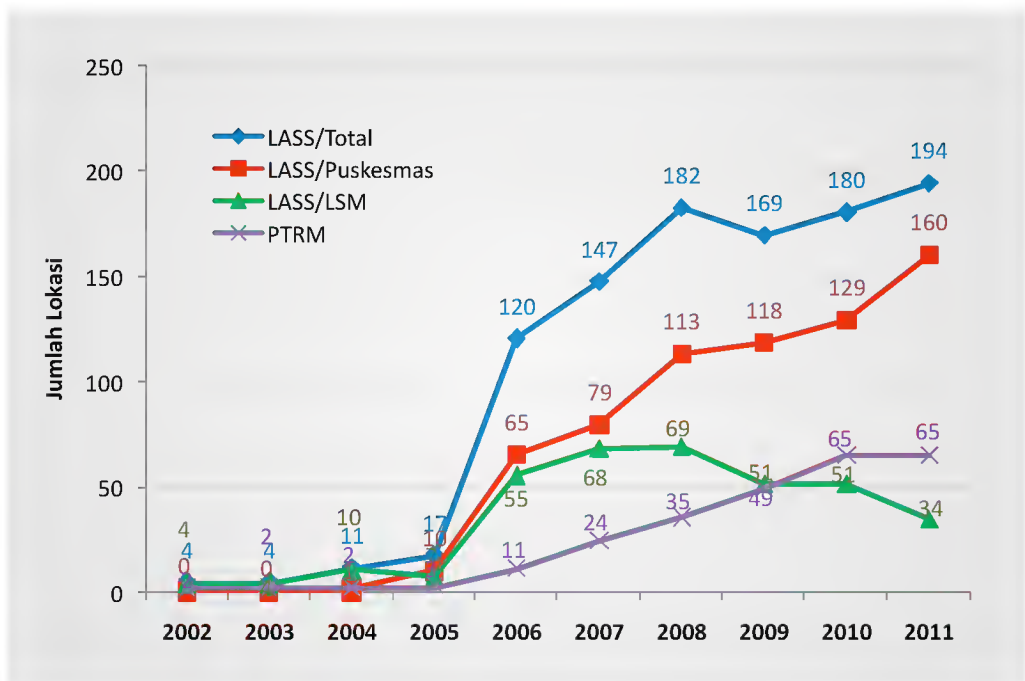
13. Pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik (*harm reduction*): Pada tahun 2006 sumber utama penularan HIV di Indonesia adalah penggunaan napza suntik. Berbagai dampak buruk penggunaan napza suntik antara lain adalah: a) kematian karena overdosis, b) infeksi HIV, hepatitis B dan C, sifilis maupun beberapa penyakit lain yang ditularkan melalui darah; c) kelainan kepribadian dan sosial jangka panjang dengan kemungkinan perilaku kriminal akibat kecanduan yang tak terkendali dan dorongan untuk pemuasan kecanduan tersebut. Belajar dari pengalaman yang terbatas dengan aktivis *harm reduction*, LSM, RSKO, program AIDS yang didukung oleh AusAID dan USAID, WHO, beberapa KPA Provinsi/Kabupaten/Kota, Kemkes dan Kementerian Hukum dan HAM, pada saat Komitmen Sentani dalam tahun 2004, sudah jelas bahwa upaya *harm reduction* yang komprehensif bisa berhasil di Indonesia. Namun demikian terdapat berbagai kendala sosial, legal, dan layanan, yang menghambat upaya perluasan yang sangat dibutuhkan untuk melindungi generasi muda Indonesia dari dampak penyuntikan narkoba yang tidak aman dan menghentikan penyebab utama infeksi HIV di Indonesia.

Langkah pertama yang dilakukan oleh Sekretaris KPAN untuk mengurangi hambatan-hambatan tersebut diatas, adalah konsultasi dengan bidang hukum dan program kesehatan berbagai sektor pemerintah antara lain, POLRI, Kemkes, Badan Narkotika Nasional, Kemsos, Kemdiknas dan lain-lain, untuk mempersiapkan peraturan perundangan yang lebih kondusif. Hasilnya adalah Peraturan Menkokesra no. 2 tahun 2007 tentang *Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Napza Suntik*. Pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat dan bertujuan mencegah penyebaran HIV di kalangan penasun dan pasangannya, serta mencegah penyebaran HIV dari penasun dan pasangannya ke masyarakat luas.

Sekretariat KPAN bekerjasama dengan para penasun, penegak hukum termasuk POLRI, Kemkes, BNN, dan Kementerian Sosial meluncurkan kampanye yang intensif dengan advokasi, pelatihan, kebijakan dan panduan untuk pengintegrasian Layanan Alat Suntik Steril (LASS) dan Program Terapi Rumatan Methadon (PTRM) ke dalam sistem kesehatan masyarakat (puskesmas, klinik dan RS). Aspek kemanusiaan pun diperhatikan termasuk proses pemberdayaan penasun dan aktivis lainnya agar keduanya memberikan masukan untuk menjamin program dan layanan yang berhasil - dan berdaya-guna, baik dalam masyarakat maupun lingkungan lapas/rutan.

Komitmen untuk perluasan dan peningkatan program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) yang komprehensif jelas tercantum dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) tahun 2007-2010 dan tahun 2010-2014. Untuk pelaksanaannya mula-mula dipakai dana DKIA/IPF dan dukungan AusAID, kemudian (sejak Juli 2009) ditambah dengan dukungan dana Global Fund.

Upaya pencegahan HIV di kalangan penasun secara bertahap menunjukkan kemajuan: dalam tahun 2005 hanya ada 17 LASS (di LSM dan puskesmas), pada bulan Juni 2011 jumlah LASS 194, diantaranya 160 sudah terintegrasi dalam layanan kesehatan masyarakat, sehingga lebih menjamin keberlanjutan jangka panjang dan akses pada layanan kesehatan yang lebih komprehensif termasuk pengobatan untuk AIDS, TB, hepatitis maupun layanan Ibu hamil bila dibutuhkan. (Lihat **Grafik 3** di bawah)

Grafik 3: Pertambahan layanan pengurangan dampak buruk di Indonesia. 2002 - 2011

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Namun demikian peran komunitas LSM (baik penasun maupun aktivis AIDS) tetap sangat penting, karena merekalah yang memberikan layanan pendampingan, pendidikan dan rujukan bagi penasun dan pasangannya. Pengobatan substitusi oral *(Oral Substitution*

Therapy = OST) dengan metadon atau buprenorfin juga meningkat: pada tahun 2005 baru ada 3 tempat, pada tahun 2011 mencapai 65 klinik, 9 di lapas, 22 di RS dan 34 di puskesmas.[16]

Salah satu komponen penting dalam pengurangan dampak buruk adalah pengobatan ketergantungan obat, sebuah program baru untuk memperluas jangkauan pengurangan dampak buruk yang komprehensif. Komponen ini adalah Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat (PABM). Layanan PABM mulai tersedia di Indonesia pada tahun 2009. Pada bulan Juni 2011, sebanyak 675 penasun telah menyelesaikan program PABM selama 6 bulan (terdiri dari 1 - 2 bulan rawat inap dengan konseling yang sangat intensif, detoksifikasi jika dibutuhkan, dukungan psikososial, diikuti dengan periode yang lebih lama untuk rawat jalan ataupun untuk kegiatan lain), sampai dengan jumlah 2011, PABM dilakukan oleh 11 LSM di 7 provinsi.

Memang sudah tampak adanya kemajuan dalam penanggulangan HIV dan AIDS di kalangan penasun, namun muncul tantangan-tantangan baru antara lain peningkatan penggunaan ATS (*amphetamine type stimulants*) dan obat-obat "perangsang seks" lainnya dengan akibat peningkatan hubungan seks berisiko.

14. Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS): Dalam tahun 2006, program pencegahan penularan melalui transmisi seksual dikenal sebagai "Program Penggunaan Kondom 100%" (PPK 100%) yang mengikuti "model" yang sangat sukses di Thailand. Didorong oleh WHO dan dukungan teknis berbagai mitra, pendekatan ini dikembangkan secara serius di Indonesia. Namun hasil IBBS 2002 dan 2007 menunjukkan, bahwa Program Penggunaan Kondom 100% di Indonesia tidak berhasil. Data menunjukkan, bahwa penggunaan kondom tetap rendah, Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV tetap tinggi, bahkan makin meningkat di kalangan pekerja seks perempuan dan waria. Kegagalan tersebut disebabkan berbagai faktor yang sulit diatasi: pertama, keengganan para pelanggan untuk memakai kondom walaupun tersedia; kedua, ketersediaan kondom dan pelicin masih jauh dibawah kebutuhan; ketiga, pendapat masyarakat umum dan para pemimpin di sebagian daerah, seringkali negatif bahkan menentang pembahasan tentang penggunaan kondom apalagi terkait pelacuran. Disamping itu, pekerja seks yang diluar "lokalisasi" seperti pekerja seks jalanan (laki-laki, perempuan dan waria), pekerja seks yang bekerja di bar, karaoke, dan panti pijat, laki-laki yang seks dengan laki-laki – pada umumnya sulit mendapat informasi, kondom dan layanan kesehatan.

Sadar bahwa tanpa perubahan dalam bidang ini, epidemi HIV tidak mungkin dikendalikan, Sekretaris KPAN menyelenggarakan pertemuan konsultasi dengan berbagai pihak: pekerja seks perempuan, laki-laki dan waria, mitra internasional, LSM,

aktivis, perwakilan kementerian dan lembaga pemerintah - untuk mencari pendekatan yang lebih efektif. Pada bulan April 2009 dimulailah program percontohan di Jayapura, kemudian di berbagai kota di Sumatra dan Jawa. Hasil *pilot projects* di beberapa kota tersebut, ditambah dengan diskusi-diskusi selama ICAAP 9 di Bali, dikonsolidasikan menjadi program PMTS dengan pendekatan intervensi struktural yang terdiri dari 4 komponen yang saling terkait: 1) peningkatan peran positif para pemangku kepentingan; 2) komunikasi perubahan perilaku dengan penekanan pada pemberdayaan pekerja seks (PS) agar mampu melindungi kesehatan diri sendiri maupun klien dan/atau pasangannya; 3) peningkatan ketersediaan kondom dan pelicin bermutu di setiap tempat transaksi seks; dan 4) peningkatan penata laksanaan penyakit menular seksual. Disamping itu pemantauan dan evaluasi secara teratur oleh para pengelola program dari tingkat lokal sampai nasional.

Box 1: Kemitraan dalam pelaksanaan PMTS

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Pada bulan Juli 2009 pendekatan intervensi struktural tampak mulai ada hasil dalam pencegahan penularan melalui transmisi seksual baik pada pekerja seks langsung maupun tidak langsung. Perluasan jangkauan dilaksanakan dengan dukungan GFATM dan laporan Juni 2011 menunjukkan bahwa telah terjangkau sebanyak 82.384 perempuan pekerja seks langsung (78% dari estimasi), 58.244 pekerja seks tidak langsung (54%), 23.269 pekerja seks waria (73%), dan 54.836 LSL (8%).[17] Antara bulan Maret dan Juni

2011 dilaksanakan 3 kali pelatihan pemberdayaan pekerja seks, yang mencapai 1.222 pekerja seks di 22 provinsi.[18]

Salah satu akibat nyata intervensi struktural PMTS, adalah meningkatnya penggunaan kondom. Jumlah kondom gratis yang didistribusikan ke > 4000 outlet kondom antara Juli 2009 dan Juni 2011 secara kumulatif berjumlah 13.830.854 kondom laki-laki dan 548.175 kondom perempuan.[19] Sedangkan penjualan kondom komersialpun makin meningkat dari 69.587.608 di tahun 2006 menjadi 116.701.048 di tahun 2010.[20] Namun demikian, peningkatan ini jelas masih jauh dari mencukupi. Untuk mengendalikan epidemi HIV dan AIDS, dibutuhkan jangkauan yang lebih luas dan lebih efektif serta perubahan perilaku yang konsisten.

Konstruksi jalan yang menarik banyak pekerja laki-laki dari berbagai tempat

Mulai tahun 2011 upaya pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) makin ditingkatkan dan dilengkapi dengan penambahan fokus pada Laki-laki Berisiko Tinggi (LBT) menjadi PMTS "paripurna". PMTS dengan pendekatan di lokasi "hotspots" dilengkapi dengan upaya komprehensif di lokasi daerah-daerah dimana terdapat sejumlah besar LBT bekerja, yang sebagian besar adalah pekerja migran yang berusia muda, yang mau mencari masa depan yang lebih baik. Mereka pada umumnya terpisah dari keluarga dan nilai-nilai hidup tradisional. Hidup dalam lingkungan "*macho*", banyak dari laki-laki ini cenderung terdorong untuk berperilaku berisiko termasuk seks berisiko sebagai "rekreasi". Upaya yang efektif untuk melindungi laki-laki dari infeksi HIV akan berdampak ganda, karena jika tidak terjadi infeksi, atau "zero" infeksi baru pada laki-laki, berarti "zero" infeksi baru pada perempuan pasangan seksnya (termasuk isterinya) dan "zero" infeksi baru pada bayi.

Sebagai bagian dari "PMTS paripurna" tersebut juga dikembangkan pendekatan khusus pada laki-laki yang seks dengan sesama laki-laki (LSL), baik mereka yang berorientasi

seksual "gay/ homoseks", waria maupun mereka yang karena "sikon" melakukan hubungan seks berisiko antar sesama laki-laki seperti warga binaan di lapas, pelaut/ anak buah kapal yang berminggu-minggu berlayar di laut, penghuni asrama-asrama laki-laki dan lain-lain. Sebuah proyek khusus multi-facet mulai dikembangkan pada tahun 2010, melalui proyek pilot di 10 kota di 10 provinsi*. Dalam proyek ini dilakukan upaya untuk memperkuat dan memperluas program khusus bagi LSL. Dimulai tahun 2011 dengan berbagai penelitian (antara lain tentang norma dan perilaku LSL, bagaimana remaja LSL dapat informasi/ edukasi tentang kesehatan seksual dll), pemetaan, pengembangan strategi komunikasi serta metode-metode spesifik yang mampu menjangkau kelompok masyarakat yang tersembunyi ini, pengembangan layanan pencegahan dan kesehatan yang bersahabat dan tidak menstigma. Dengan pendekatan khusus ini diharapkan peningkatan pengetahuan tentang kebutuhan khusus LSL, keterlibatan mereka dalam penyusunan kebijakan dan program maupun peningkatan dalam relevansi, jangkauan dan efektivitas kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS pada umumnya.

15. Konseling dan Testing Sukarela: KTS (*voluntary counseling and testing* = VCT) telah meningkat dari tahun ke tahun. Kontribusi yang makin luas dari sarana testing/KTS ini tampak dalam jumlah pelatih nasional sektor kesehatan antara tahun 2004 – 2011, yang mencakup calon konselor dan manajer kasus dari 1.053 lembaga termasuk rumah sakit, puskesmas, klinik paru-paru, LSM, perusahaan swasta dan lain lain.[13]

Tabel 1: Jumlah lokasi KTS, kunjungan, tes HIV, orang yang HIV+, dan persentase HIV+. (2006 – Juni 2011)

	2006 (1)	2007 (1)	2008 (1)	2009 (2)	2010 (2)	Jun 2011 (2)
Lokasi KTS	100	120	135	156	388	388
Kunjungan	71.179	129.731	248.813	415.943	669.137	827.172
Tes HIV	56.926	105.061	192.712	333.100	535.943	658.401
Orang yang HIV+	8.054	14.102	24.464	34.257	55.848	66.693
% HIV+	14.1%	13.4%	12.7%	10.8%	10.4%	10.1%

Sumber: 1) Kemkes. 2006-2008: informasi termasuk laporan kepada Global Fund. 2) 2009 – 2011: Kemkes. Laporan Perkembangan situasi HIV dan AIDS di Indonesia. Akhir tahun 2009 dan 2010. Triwulan kedua 2011

* Sumatera Utara, Riau, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Selatan.

Kementerian Kesehatan melaporkan bahwa dalam tahun 2006 hanya ada 100 tempat yang memberikan layanan KTS, sedangkan pada bulan Juni 2011 sudah terdapat 388 tempat layanan di RS, puskesmas, dan lembaga pemasyarakatan (lapas) yang melapor secara teratur kepada Kemkes.[14] Sebanyak 658.401 orang dilaporkan telah menjalani testing dan 66.693 diantaranya dinyatakan positif HIV.[15]

Guna mengembangkan upaya penanggulangan yang merata, mandiri dan berkelanjutan, sejak tahun 2006, prioritas kegiatan ditujukan pada perluasan, peningkatan kemampuan dan integrasi layanan terkait HIV dan AIDS, termasuk KTS dalam sistem kesehatan yang ada, baik pemerintah maupun masyarakat – antara lain di sektor kesehatan, sosial, Direktorat Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM.

16. Dukungan, perawatan dan pengobatan: Bagian yang sangat penting dalam pendekatan komprehensif ("total football") penanggulangan AIDS di Indonesia adalah pengintegrasian layanan kesehatan terkait HIV dan AIDS dalam sistem kesehatan masyarakat yang ada, dengan peningkatan kemampuan sesuai kebutuhan. "*Continuum of care*" pada dasarnya terdiri dari suatu rangkaian kegiatan dan layanan yang terdiri dari: konseling dan testing, diagnosa dan pengobatan IMS, pengobatan infeksi oportunistik (IO), pencegahan pneumonia dengan cotrimoxasole profilaksis, diagnosa dini dan pengobatan AIDS dengan antiretroviral (ARV) yang tepat. Upaya khusus untuk pencegahan penularan HIV dari Ibu hamil kepada bayinya dilakukan dengan mengintegrasikan upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan pemberian ARV profilaksis bagi Ibu hamil yang HIV positif. Mengingat tingginya ko-infeksi antara HIV dan Tuberkulosis (TB), maka telah dikembangkan pula program khusus TB-HIV baik dalam masyarakat maupun dalam lapas, demikian pula perhatian terus ditingkatkan terkait ko-infeksi hepatitis B dan C di kalangan penasun.

Bulan Juni 2011 sebanyak 218 rumah sakit dan 68 fasilitas satelit secara teratur melaporkan dukungan perawatan dan pengobatan yang terintegrasi di 32 provinsi.[21] Dalam upaya untuk mempercepat lebih banyak orang dites serta tersedianya layanan testing sebagaimana yang dibutuhkan, konseling dan tes atas inisiatif tenaga kesehatan - atau disebut dengan provider initiated counseling and testing (PICT) telah diintegrasikan secara cepat di banyak falititas layanan HIV dan AIDS, termasuk rumah sakit dan puskesmas. Kegiatan ini didukung oleh pelatihan serta buku pedomannya. Pencegahan penularan dari ibu ke bayinya (PMTCT), program untuk pencegahan penularan vertikal dari seorang perempuan kepada bayi yang dikandungnya, adalah komponen lain yang juga sangat penting dalam menyediakan layanan AIDS yang lengkap. Pada saat penulisan ini layanan PMTCT telah terintegrasi ke dalam sistem kesehatan masyarakat di 79 lokasi, dan direncanakan akan makin diperluas dan ditingkatkan baik jumlah maupun mutunya.[22] (Lihat Lampiran 5: daftar rumah sakit, satelitnya dan lokasinya)

Box 2: Perkembangan CST - ARV

CST		
2004: 24 RS		Juni 2011: 218 RS + 68 Satelit
ARV	**2006**	**Juni 2011**
Pasien Baru	2.171	2.203
Pasien Kumulatif	4.552	21.347
Pembiayaan	100% dana Luar Negeri	70% dana Indonesia

Sumber: Kementerian Kesehatan. Disiapkan untuk KPA Nasional. Juni 2011

Pengobatan dengan ARV untuk pasien AIDS di Indonesia dimulai tahun 2005, dengan dukungan Global Fund di 25 rumah sakit rujukan dan menjangkau 2.381 pasien. Pada bulan Juni 2011, sebanyak 21.347 orang secara teratur minum ARV. Sebanyak 70% dari ARV yang diberikan secara gratis kepada pasien dibeli dengan dana APBN. Walaupun ini menunjukkan kemajuan yang pesat, namun masih cukup banyak yang terlambat mendapat pengobatan ataupun putus obat sehingga membahayakan hidupnya. Menurut laporan Kemkes, 21.347 orang yang menerima ARV tersebut diatas, hanyalah 55,7% dari semua orang yang telah memulai dengan ART dan seyogyanya terus mengikuti pengobatannya.[23]

17. Kelompok dukungan sebaya oleh dan untuk Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA): Orang yang terinfeksi HIV (ODHA) sangat membutuhkan dukungan psikososial sepanjang perjalanan penyakitnya: ketika baru tahu status HIVnya, selama stadium tanpa/ belum ada gejala (asimptomatis), maupun dalam masa pengobatan ARV: agar membantu ODHA minum obat secara teratur, serta menjalani gaya dan perilaku hidup sehat, dan tidak men -"stigma" diri sendiri, tetapi berani mengakui secara terbuka bahwa dirinya terinfeksi HIV. Berbagai jaringan ODHA/ orang terinfeksi HIV berupaya memberikan layanan yang berkualitas untuk hidup mandiri dan bermartabat bagi anggotanya. Jaringan terbesar kelompok dukungan sebaya (KDS) yang independen, bekerja sama dengan Spiritia, suatu LSM nasional dan anggota KPAN, yang didirikan pada tahun 1995, secara khusus untuk mendampingi ODHA dan keluarganya. Mereka pusatkan kegiatannya ke arah kemandirian, kesehatan, martabat

dan "pencegahan positif" bagi ODHA. Sampai bulan Agustus 2011 Spiritia melaporkan bekerja sama dengan 200 KDS di 121 kabupaten/ kota (21 provinsi*). Secara kumulatif sudah ada kegiatan dukungan dengan dan untuk 23.589 ODHA. Laporan insidentil dan kajian lapangan tentang dukungan sebaya, secara konsisten menggarisbawahi pentingnya kelompok-kelompok ini dalam membantu ODHA menerima dirinya dengan status HIV+, berbagi informasi tentang pengobatan dan perawatan dan sering kali merupakan kesempatan mereka untuk berperan positif dalam kegiatan berbasis masyarakat.

Jaringan orang terinfeksi HIV yang lain adalah JOTHI, didirikan tahun 2007, dengan cabang dan kegiatan di 25 provinsi. Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI), didirikan tahun 2006, dengan kegiatan di 22 provinsi. Dua organisasi ini mempunyai agenda yang luas, terutama tertuju pada advokasi, hak asasi manusia orang terinfeksi HIV, dan pemantauan upaya penanggulangan AIDS nasional, secara khusus ketersediaan ARV.[24]

18. Manajemen/pengelolaan upaya penanggulangan AIDS di Indonesia: Dalam waktu relatif singkat, upaya penanggulangan AIDS di Indonesia berkembang dari beberapa provinsi dan kabupaten/kota pada saat Komitmen Sentani tahun 2004, menjadi upaya penanggulangan AIDS di 33 provinsi dan 173 kabupaten/ kota, yang secara konsepsional merupakan satu kesatuan, namun operasional terdesentralisasi, dimana kegiatan direncanakan dan dilaksanakan sesuai situasi epidemiologis masing-masing daerah. Pengembangan sistem dan kemampuan yang dibutuhkan di semua tingkat untuk menjamin efektifitas program secara lokal, pada saat yang sama mengikuti standar dan akuntabilitas nasional dan internasional dalam pemanfaatan sumber dana dan daya, merupakan tantangan yang tidak kecil. Efektivitas program secara lokal membutuhkan pengetahuan teknis dan kepekaan lokal untuk perencanaan berbasis data ("*evidence-based planning*"), pelaksanaan dan pemantauan program. Akuntabilitas sumber dana dan daya secara nasional dan internasional membutuhkan pengetahuan dan pengelolaan dana dan administrasi yang handal.

Untuk melaksanakan salah satu tanggung jawabnya sesuai Perpres 75/2006, yaitu memberikan arahan kepada KPA provinsi, kabupaten dan kota (Bab I, pasal 3, h), Sekretariat KPA Nasional membentuk 4 tim pembina wilayah (Binwil), yang melakukan pembinaan, supervisi dan mentoring ke masing-masing wilayahnya. Setiap tim terdiri dari 3 orang yaitu pembina program, keuangan dan monev. Dengan memanfaatkan

---

* NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Lampung, Jambi, DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Papua Barat.

Dana Kemitraan Indonesia untuk AIDS (DKIA), GFATM dan APBN, sekretariat KPAN menyelenggarakan pelatihan-pelatihan untuk program dan manajemen secara sistematis, baik untuk staf KPA maupun mitra-mitra tingkat nasional, provinsi, kabupaten dan kota. Pelatihan-pelatihan dilaksanakan secara nasional, regional maupun sesuai topik/ issu tertentu. Sebagai contoh, untuk peluncuran program komprehensif, dengan dukungan dana dari APBN, GFATM dan DKIA, antara Juli 2009 sampai Mei 2011, telah dilatih 2.000 orang (1135 laki-laki, 804 perempuan dan 61 waria). Peningkatan kemampuan ini mencakup 22 topik manajemen dan program yang berbeda-beda tetapi saling terkait, sebanyak 64% dilaksanakan di tingkat provinsi atau kabupaten dan kota.[25]

Indikator program seperti jumlah orang yang mengikuti konseling dan testing sukarela (KTS), berkurangnya perilaku berisiko berbagi alat suntik di kalangan penasun, meningkatnya jumlah orang dari populasi kunci yang terjangkau informasi, layanan pencegahan dan pengobatan, jumlah pasien AIDS yang dilaporkan yang relatif stabil selama 3 tahun terakhir – semua menunjukkan tanda-tanda kemajuan dalam pencapaian program. Evaluasi dari audit pengelolaan dana selama 5 tahun, baik oleh lembaga nasional maupun internasional (BPK, BPKP, Price Waterhouse Cooper, DFID/ UK. AusAID, USAID maupun badan-badan UN), juga menunjukkan bahwa kapasitas fungsi manajemen makin efektif.

Pelatihan dan peningkatan kapasitas pada tingkat yang lebih tinggi telah dilakukan baik di dalam negeri maupun di luar negeri, terkait dengan pengembangan kebijakan, perencanaan, dan rancang program. Hasilnya adalah bahwa teknologi dan ketrampilan untuk analisa, pemodelan, proyeksi dan pemetaan program maupun riset operasional terkait HIV dan AIDS hampir semuanya sudah ada di Indonesia (baik dalam lingkungan pemerintahan, lembaga non pemerintah/masyarakat maupun perguruan tinggi), sehingga tidak perlu selalu tergantung pada konsultan asing seperti di masa yang lampau.

19. Kemitraan – dalam dan luar negeri : Kemitraan merupakan salah satu kunci penting dalam upaya penanggulangan AIDS di Indonesia. Sejak Perpres 75/2006, untuk pengembangan program, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi, dialog dan kerjasama dengan berbagai pihak: orang-orang/kelompok penduduk yang terdampak (populasi kunci), orang terinfeksi HIV, masyarakat sipil termasuk organisasi berbasis agama, sektor dan lembaga pemerintah, sektor swasta, media, mitra pembangunan internasional ("*international development partners*" – bi-lateral dan multi-lateral), merupakan cara kerja yang sangat penting untuk mengatasi tantangan dalam penanggulangan AIDS di Indonesia. Masing-masing mitra dan kelompoknya telah memberi kontribusinya berupa pengalaman, sumberdaya, kebutuhan maupun potensi masing-masing. Mengacu kepada Perpres 75/2006, tantangan bagi KPAN dan sekretariatnya, adalah bagaimana

menggalang kemitraan, agar masing-masing tidak jalan sendiri-sendiri, tetapi bekerja sama menuju tercapainya tujuan Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS 2007-2010, dan kemudian tahun 2010-2014.

Selama 5 tahun sejak Perpres 75/2006, ketrampilan, saling percaya dan mekanisme kerjasama makin lama makin meningkat sehingga kontribusi masing-masing mitra makin memperkuat upaya penanggulangan AIDS di Indonesia.

20. Memandang ke depan - tantangan untuk menjamin keberlanjutan upaya penanggulangan AIDS nasional yang efektif: Kemajuan yang telah dicapai selama 5 tahun yang lalu, perlu dipertahankan bahkan ditingkatkan dalam 5 tahun ke depan, untuk mencapai MDG goal 6 bahkan lebih dari itu, terkendalinya epidemi HIV dan AIDS di Indonesia. Upaya-upaya ke depan tersebut telah tertuang dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014 lengkap dengan indikator, pembagian tugas, pentahapan dan pembiayaan yang dibutuhkan.

Dalam rangka merangkum kajian pengalaman Indonesia menanggulangi HIV dan AIDS sejak terbitnya Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 75/2006, maka berikut ini akan dibahas mengenai tantangan di masa yang akan datang serta rekomendasi tindakannya.

Berdasarkan data pemantauan perkembangan epidemi, dampak pencapaian penanggulangan hingga saat ini, serta menggunakan pemodelan terhadap kemungkinan dampak keberhasilan pelaksanaan penanggulangan jika pelaksanaannya hingga akhir tahun 2014 sesuai dengan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (2010-2014), maka ada dua hal yang perlu diperhatikan:

Pertama, tampak adanya perlambatan dari perjalanan epidemi yang sejak sebelumnya masih meningkat. Hal ini disebabkan oleh upaya terpadu dari seluruh mitra dalam penanggulangan nasional.

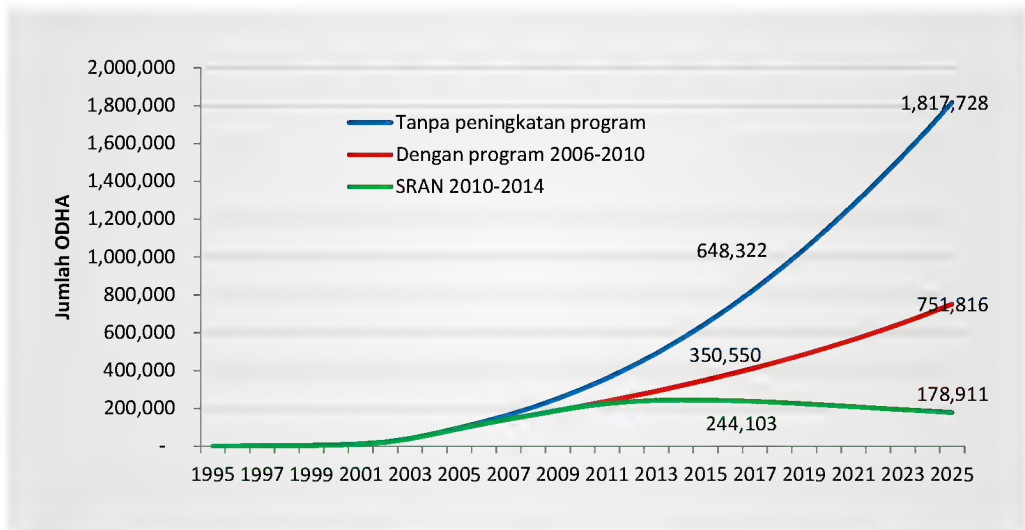
Kedua, dengan menggunakan *Asian Epidemic Model* untuk mendukung analisis dan pemahaman terhadap epidemi di masa yang akan datang, dapat dilihat bahwa:

1) Tanpa tindakan yang terorganisasi, infeksi akan mengikuti perjalanan epidemi sesuai dengan garis biru, dimana terdapat 648.322 orang terinfeksi HIV pada tahun 2015. (Lihat **Grafik 4** di bawah)

2) Dengan perluasan (*scale-up*) serta bekerja sama erat dengan seluruh mitra pada 5 tahun terakhir, sektor pemerintah, masyarakat sipil, sektor swasta, mitra pemba-

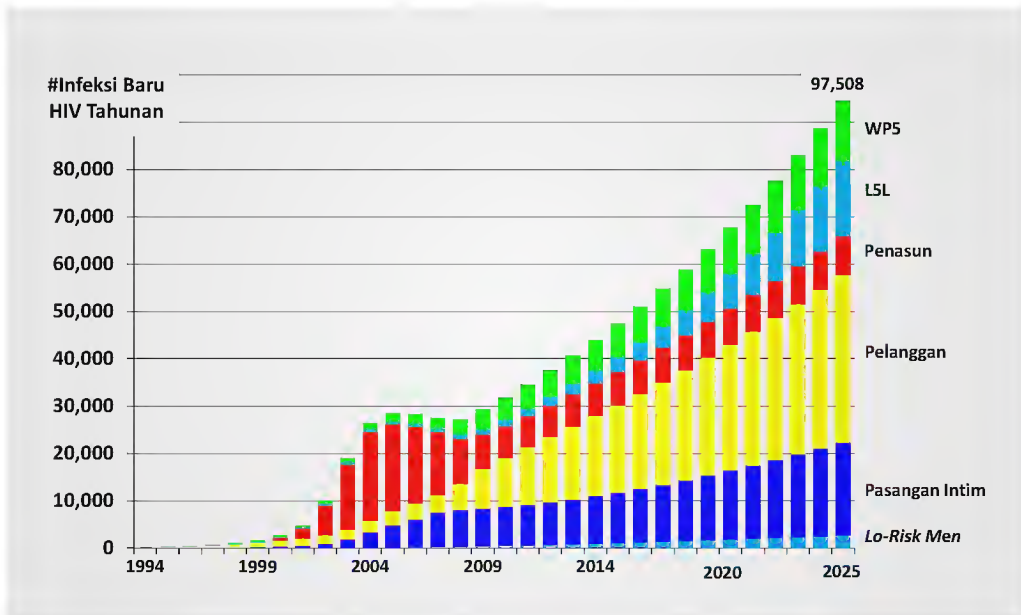
ngunan internasional – peningkatan epidemi telah menunjukkan perlambatan. Begitu pula, dasar-dasar penanggulangan telah cukup mantap, khususnya dalam penjangkauan dan efektivitas program dimana ada indikasi bahwa keduanya terus meningkat. Jika hal ini terus dilakukan dengan kecepatan 2006-2010, maka kecepatan penambahan infeksi sebagaimana yang terjadi di masa lalu akan diperlambat dibandingkan dengan kecepatan penambahan infeksi pada skenario tanpa tindakan. Namun demikian, tetap ada sejumlah 350.550 diproyeksikan orang terinfeksi HIV pada tahun 2015. (Lihat **Grafik 4** di bawah)

3) Di sisi yang lain, jika seluruh pendanaan dan tenaga, kebijakan dan program, pelatihan dan tindakan dikerahkan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang ditetapkan dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2010-2014, maka tahun 2015 dapat menjadi tahun ketika arah perjalanan epidemi HIV di Indonesia mulai berubah, dan, walaupun infeksi baru akan tetap terjadi, namun akan mulai menurun.

Grafik 4: Pemodelan Dampak 3 skenario penanggulangan epidemi HIV di Indonesia 1995-2025

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Hal ini, tentu saja, tidak berarti bahwa HIV dan AIDS akan hilang dari Indonesia atau bahwa kerja penanggulangan AIDS nasional akan berakhir. Hanya saja, keseimbangan antara tindakan dan perhatian akan membutuhkan pemantauan yang terus menerus serta penyesuaian dalam perencanaan program, dan pemberian layanan kepada masyarakat.

Sebagaimana dapat dilihat dalam pemodelan tentang penularan HIV ke depan, program yang berkelanjutan tetap dibutuhkan pada pengguna napza suntik (warna merah pada grafik 5 di bawah). Namun demikian, yang terpenting adalah peningkatan upaya pencegahan melalui transmisi seksual (PMTS) paripurna, karena penularan melalu hubungan seksual tetap penting di tahun-tahun mendatang. Penularan HIV melalui seks terus terjadi pada laki-laik yang seks dengan laki-laki (di masyarakat maupun di lembaga pemasyarakatan), pasangan masing masing termasuk penularan dari penasun kepada pasangan seks-nya.

Grafik 5: Pemodelan jalur penularan epidemi HIV ke depan tahun 1995-2025

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Pemodelan dengan AEM

Walaupun penambahan infeksi diperkirakan akan mengalami perlambatan, tetapi jumlah orang (perempuan, laki-laki dan anak-anak) yang hidup dengan HIV akan tetap membutuhkan informasi, pengobatan, layanan dan jaringan dukungan. Begitu pula, upaya pencegahan dari yang negatif agar tetap berstatus negatif dalam HIV tetap menjadi program yang utama.

Untuk mencapai tujuan ini – perubahan arah epidemi – dalam rencana periode ke depan akan membutuhkan kerja sama, cakupan yang terus diperluas, efektivitas program yang

berkesinambungan dan terus menerus diperbaiki, serta berkelanjutan. Untuk tujuan ini, maka usulan rekomendasi adalah sebagai berikut:

- **Kebijakan, sumber daya dan struktur kelembagaan untuk menjamin upaya penanggulangan yang efektif dan berkelanjutan**: Dalam Perpres 75/2006 (Ps 15) dan Permendagri 20/2007 (Ps 13) tercantum bahwa "semua biaya untuk pelaksanaan tugas KPAN dibebankan kepada APBN" dan "semua biaya untuk pelaksanaan tugas KPA provinsi dan KPA kabupaten/kota dibebankan kepada APBD". Untuk periode 2010-2014, secara nasional, perencanaan dan penganggaran penanggulangan HIV dan AIDS terintegrasi dalam Rencana Pembangungan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 maupun Inpres 3/2010. Hal ini mungkin dapat menjamin tersedianya APBN sampai tahun 2014. Namun demikian, jumlahnya sangat tidak mencukupi kebutuhan untuk membiayai upaya penanggulangan AIDS secara nasional, sehingga bila dukungan dana dari luar negeri (GFATM, AusAID, USAID dll) berhenti atau berkurang, maka upaya penanggulangan yang komprehensif dan efektif seperti sekarang akan terancam. Di samping itu, walaupun jumlah dana dalam negeri terutama APBD mulai meningkat, dan di beberapa daerah perencanaan dan penganggaran penanggulangan AIDS sudah terintegrasi dalam RPJMD, dan ada 24 KPA Provinsi yang telah memiliki setidaknya 1 kabupaten/kota yang mandiri - yaitu dana dibiayai APBD, namun demikian, hal ini belum menjamin keberlanjutan program.

  Pada saat ini baru 16 Provinsi dan 34 kabupaten/kota yang telah memiliki Perda penanggulangan HIV dan AIDS (lihat **Lampiran 6**: Provinsi dan Kabupaten/Kota dengan Perda HIV dan AIDS). Dengan demikian anggaran untuk penanggulangan AIDS di daerah sangat tergantung pada komitmen (pribadi) gubernur, bupati, walikota, maupun anggota DPRD. Ini berarti kesinambungan dan keberlanjutan upaya penanggulangan AIDS di Indonesia sama sekali tidak terjamin. Karena itu, upaya mobilisasi sumber daya dan penguatan kelembagaan yang dibutuhkan harus terus menerus ditingkatkan selama 5 tahun ke depan.

  Di samping itu, secepatnya dalam waktu dekat perlu ada pemikiran secara serius dan keputusan pemerintah, apakah upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS akan tetap dilaksanakan oleh lembaga pemerintah non-struktural seperti KPA (dengan jaminan sumber daya yang memadai secara berkelanjutan), ataukah akan diintegrasikan kedalam Kementerian Kesehatan atau Kementerian/Lembaga yang lain? Keputusan tersebut tidak dapat ditunda sampai tahun 2015.

- **Pencegahan :** Upaya pencegahan tetap akan ditingkatkan lima tahun ke-depan baik jangkauan, mutu/ efektivitas maupun keberlanjutannya. Sebagaimana dijelaskan di depan, upaya **pencegahan di kalangan penasun** cukup berhasil,

namun masalah penggunaan napza tetap perlu mendapat perhatian antara lain: jangkauan dan mutu/ efektifitas semua komponen *harm reduction*, terutama LASS, PTRM, pengobatan adiksi serta rehabilitasi medis dan sosial maupun pengobatan adiksi berbasis masyarakat (PABM). Pencegahan dan pengobatan penyalah gunaan ATS (*amphetamine type stimulants*) juga masih perlu ditingkatkan, bekerja sama dengan berbagai pihak: BNN, Kepolisian, Kemkes, Kemsos, dll.

Pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) dengan intervensi struktural, harus makin ditingkatkan jangkauan maupun mutunya dengan dikembangkannya PMTS Paripurna – yaitu: PMTS di lokasi-lokasi "hotspots" dimana terdapat "pekerja/penjaja seks yang melayani laki-laki pembeli seks - (pelabuhan-pelabuhan, terminal-terminal, "lokalisasi"/ lokasi dll) terintegrasi dengan PMTS yang terfokus pada Laki-laki Berisiko Tinggi (LBT) melalui tempat kerja dan tempatnya rekreasi yaitu antara lain: buruh migran, para pelaut dan anak buah kapal, anggota POLRI/ TNI dengan penugasan jauh dari keluarga dalam waktu yang lama, Laki-laki yang seks dengan sesama Laki-laki (LSL) – singkatnya pencegahan penularan HIV melalui setiap seks berisiko, baik antara suami isteri maupun bukan, hetero, homo maupun bi-seksual. LBT juga dapat kita temui pada pekerja tambang, pekerja perkebunan maupun pekerja industri bangunan yang juga bekerja jauh dari keluarganya.

Pencegahan penularan HIV dari orang tua (melalui ibu) ke bayinya juga perlu makin ditingkatkan, dengan mengintegrasikan PMTCT ke dalam layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), agar sebanyak mungkin dicegah kelahiran bayi-bayi yang terinfeksi HIV.

Pencegahan penularan HIV pada kelompok-kelompok tertentu yang membutuhkan pendekatan khusus, antara lain: warga binaan Lembaga Pemasyarakatan, remaja dan generasi muda berperilaku berisiko ("*High Risk Youth*"), masyarakat umum di provinsi Papua dan Papua Barat yang sudah termasuk "*low level generalized epidemic*".

- **Penguatan sistem kesehatan untuk Dukungan, Perawatan dan Pengobatan ODHA:** Selama 5 tahun yang lalu Kemkes dan jajarannya sampai ke tingkat kabupaten/kota secara bertahap telah meningkatkan jumlah dan mutu layanan Konseling dan Testing Sukarela (KTS=VCT), *PICT (Provider initiated Counseling and Testing),* serta kemampuan diagnosa dan pengobatan, dukungan dan perawatan medis bagi orang yang terinfeksi HIV, dilengkapi dengan berbagai peraturan, panduan, juklak dan juknis. Selama 5 tahun kedepan, penguatan sistem kesehatan secara komprehensif harus makin ditingkatkan agar mutu layanan bagi orang terinfeksi

HIV termasuk pengobatan ARV dan penyakit-penyakit penyertanya. Disamping itu, upaya promosi kesehatan, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi terkait penggunaan napza dan infeksi HIV harus dapat dilaksanakan secara komprehensif dalam suatu sistem kesehatan yang bebas stigma dan diskriminasi, profesional dan bersahabat terhadap populasi kunci yang terdampak.

Penguatan sistem kesehatan publik perlu dilengkapi pula dengan **dukungan ODHA berbasis masyarakat** yang makin meningkat jumlah dan mutunya dalam 5 tahun ke depan: baik dukungan oleh keluarga, kelompok-kelompok dukungan sebaya (KDS), organisasi orang yang terinfeksi HIV maupun masyarakat pada umumnya.

- **Kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat sipil** (*civil society*): Meningkat sejak Perpres 75/2006 secara sangat bermakna, yaitu pada:

  1) LSM/organisasi kemasyarakatan dalam bidang AIDS ada yang jadi anggota KPAN dan KPA di daerah (walaupun tidak semua provinsi/kabupaten/kota),

  2) aktivis AIDS banyak yang menjadi anggota pokja KPA ataupun staf sekretariat KPAN/provinsi/kabupaten/kota;

  3) antara tahun 2006-2009 terbentuk 5 jaringan nasional populasi kunci: IPPI, GWL-Ina, JOTHI, PKNI dan OPSI – yang masing-masing mendapat dukungan dana operasional maupun kegiatan/ program dari Sekretariat KPA Nasional sampai sekarang;

  4) selama 5 tahun Perpres – LSM AIDS/ jaringan populasi kunci termasuk ODHA selalu terlibat dalam setiap kegiatan KPA N seperti pemetaan, perencanaan, mobilisasi sumber daya, monev dll;

  5) LSM/organisasi kemasyarakatan duduk dalam berbagai Badan Pengawas, Badan Penasehat lembaga-lembaga tertentu misalnya *Country Coordinating Mechanism* (CCM) GFATM, DKIA/IPF, dll.

  6) dalam struktur pengelolaan dana dukungan GFATM LSM/organisasi kemasyarakatan berperan sebagai PR, SR, SSR maupun mitra pelaksana.

  7) dalam kurun waktu yang 2005 - 2011 dukungan dana ke LSM/organisasi kemasyarakatan yang diketahui/ dilaporkan ke Sekretariat KPAN berasal dari 8 sumber*, berjumlah total Rp, 251.678.843.635 (US$ 29,726,923).

---

* APBN, AusAID, Global Fund, ICAAP, IPF, UNESCO, UNODC, dan USAID

Secara singkat: peran masyarakat sipil (civil society) selama 5 tahun ini secara jelas merupakan mitra pemerintah dalam penanggulangan AIDS yang komprehensif, mulai dari tingkat lokal sampai nasional.

Ke depan, yang perlu dilakukan adalah yang disebut penguatan sistem masyarakat *("Community Systems Strengthening")* terkait penanggulangan HIV dan AIDS baik secara nasional maupun di daerah bersamaan dan selaras dengan penguatan sistem kesehatan *("Health System Strengthening")* untuk mencapai tujuan bersama mengacu kepada Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia.

21. Penutup: Dokumen ini merupakan Rangkuman Eksekutif dari laporan lengkap "Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2006 - 2011: Laporan 5 Tahun Pelaksanaan Peraturan Presiden No. 75 tahun 2006" yang disusun dengan melibatkan sektor pemerintah, masyarakat sipil, orang terinfeksi dan terdampak HIV dan AIDS dan akademisi (Lihat **Lampiran 7**: SK Sekretaris KPAN menunjuk tim penyusunan Laporan 5 Tahun)

Tim penyusun mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak, baik perorangan maupun lembaga yang terlibat dalam penyusunan laporan 5 tahun Peraturan Presiden RI No. 75 tahun 2006 ini. Tim penyusun berupaya semaksimal mungkin mempersiapkan laporan ini, namun, pasti masih ada kekurangan. Oleh sebab itu, kami sangat mengharapkan masukan dan perbaikan. Sebagai penutup, tim pengembangan laporan ini berharap bahwa kemajuanan dan tantangan di masa yang akan datang yang kita catat dapat memberi sumbangan untuk upaya nasional menekan laju epidemi dan mengendalikannya, serta memastikan yang terinfeksi dan terdampak HIV dan AIDS mendapat dukungan dan kebebasan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi – tingginya serta mampu menjalani hidup secara penuh.

Referensi

1 30 Mei 1994.
2 Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/9/KEP/MENKO/KESRA/VI/1994, 16 Juni.
3 Kementerian Kesehatan. *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*, 30 Des 2004.
4 Dalam laporan ini kecuali ada penjelasan lain semua data tentang epidemi – infeksi baru, infeksi kumulatif, persentase infeksi, cara penularan dll – bersumber pada *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia* oleh Kemkes.
5 Pelayanan pemerintah dan data epidemi belum dipisahkan antara provinsi Papua dan Papua Barat.
6 Kementerian Kesehatan, *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*, 30 Des 2004.
7 Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/ Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Sosial, Menteri Agama, Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Dalam Negeri, Kepala BKKBN.
8 Kementerian Kesehatan, *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*, 30 Juni 2006 dan 30 Juni 2011.
9 Data bersumber pada laporan-laporan DKIA dan KPAN.
10 Anggaran sektoral yang di laporkan untuk tahun 2006.
11 Hasil pertemuan konsultasi/ konfirmasi anggaran sektor.
12 Data *National AIDS Spending Assessment* (NASA). Laporan 2006-2008 final. Data 2009-2010 perkiraan awal.
13 361 Rumah sakit umum, 15 rumah sakit jiwa, 389, puskesmas, 6 BP4, 26 lapas, 157 LSM, 35 perusahaan swasta, 64 klinik swasta.
14 Informasi bersumber Kemkes Juni 2011.
15 Kementerian Kesehatan, *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*, 30 Juni 2011.
16 Pemantauan oleh KPAN.
17 Pemantauan KPAN. Data sudah diverifikasi pada bulan Januari 2011.
18 Laporan KPAN tentang pelatihan 2011.

19 Pemantauan KPAN melalui laporan kondom dan outlet kondom – 3,466 outlet untuk kondom laki-laki, 600 outlet untuk konom perempuan.
20 Laporan DKT tentang penjualan kondom.
21 Kementerian Kesehatan, *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*, 30 Juni 2011.
22 Kementerian Kesehatan, Catatan dalam rangka persapan Laporan 5 Tahun ini.
23 Kementerian Kesehatan, *Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*, 30 Juni 2011.
24 Data di terima dari organisasi bersangkutan bulan Mei 2011.
25 Laporan KPAN tentang latihan.

Lampiran

Lampiran 1

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2006

BAB I ....

BAB II

ORGANISASI
Bagian Kesatu
Keanggotaan

Pasal 4

(1) Susunan keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional terdiri dari :

1. Ketua merangkap Anggota : Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
2. Wakil Ketua I merangkap Anggota : Menteri Kesehatan
3. Wakil Ketua II merangkap Anggota : Menteri Dalam Negeri
4. Anggota :
   a. Menteri Agama;
   b. Menteri Sosial;
   c. Menteri Komunikasi dan Informatika;
   d. Menteri Hukum dan Hak Azasi Manusia;
   e. Menteri Kebudayaan dan Parawisata
   f. Menteri Pendidikan Nasional
   g. Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi;
   h. Menteri Perhubungan;
   i. Menteri Negara Pemuda dan Olahraga;
   j. Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan;
   k. Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/ Kepala BAPPENAS;
   l. Menteri Negara Riset dan Teknologi;
   m. Sekretaris Kabinet;
   n. Panglima Tentara Nasional Indonsia;
   o. Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia;
   p. Kepala Badan Pengkajian dan Penerapan Teknologi;
   q. Kepala Badan Narkotika Nasional;
   r. Ketua Badan Narkotika Nasional
   s. Ketua Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia
   t. Ketua Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
   u. Ketua Palang Merah Indonesia
   v. Ketua Kamar Dagang dan Industri
   w. Ketua Organisasi ODHA Nasional
5. Sekretaris merangkap anggota : Dr. Nafsiah Ben Mboi

(2) Keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat ditambah oleh Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sesuai kebutuhan.

(3) ....

Lampiran 2

Kementerian Kesehatan & Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Estimasi Populasi Dewasa Rawan Terinfeksi HIV Tahun 2006

Kementerian Kesehatan/ Ministry of Health
Estimasi Populasi Dewasa Rawan Terinfeksi HIV 2009

	2006	2009	Perbedaan Estimasi 2006 & 2009
Penasun	219,130	105,784	-113,346
Pasangan Penasun	93,350	28,805	-64,545
WPS Langsung	128,220	106,011	-22,209
WPS Tidak Langsung	92,970	108,043	15,073
Total : Wanita Penjaja Seks	221,190	214,054	-7,136
Pelanggan(*) WPS Langsung	2,479,860	2,285,996	-193,864
Pelanggan WPS Tidak Langsung	682,060	883,932	201,872
Total : Pelanggan WPS	3,161,920	3,169,928	8,008
Pasangan Pelanggan WPS	1,833,660	1,938,650	104,990
Waria	28,130	32,065	3,935
Pelanggan Waria	83,130	71,316	-11,814
LSL	766,800	695,026	-71,774
WBP	96,210	140,559	44,349
ODHA	193,030	186,257	-6,773

(*) "pelanggan = klien"

Jumlah pasangan rawan	1,927,010	1,967,455	40,445
Jumlah rawan infeksi (termasuk pasangan, tidak termasuk ODHA)	6,503,520	6,396,187	-107,333
Range (Estimasi ODHA)	169,230-216,820	132,089-287,357	

Lampiran 3

Rangkuman Dukungan Dana Global Fund for AIDS TB and Malaria
Data : asal dari KPAN dan website Global Fund

Ronde	Tahun	Jml (US$ Juta)	Prop	Kab/ Kot	Mulai	Bidang
GF 1	2003 - 2007	$12	5			Pencegahan.
GF 4	200S - 2010	$6S	19			Perw, Duk. Peng
GF 8	2009 - 2014	$130	12	68	Jul-09	Pend. Komprehensif
SSF thn 1	2010 - 201S	$87	+11 = 23	+35 = 103	Jul-10	Pend. Komprehensif
SSF thn 2			+10 = 33	+34 = 137	Jul-11	Pend. Komprehensif
	GF total	$294				

GF Ronde 1, 5 propinsi, tahun 2003-2007
1 Kepulauan Riau
2 Riau
3 DKI Jakarta
4 Papua
5 Bali
Catatan : dapat perpanjangan waktu untuk pelaksanaan sampai 2008. tanpa tambahan anggaran

GF Ronde 4, 19 propinsi, tahun 2005 - 2010
1 Sumatera Utara
2 Sumatera Selatan
3 Kepualauan Riau
4 Riau
5 Banten
6 DKI Jakarta
7 Jawa Barat
8 Jawa Tengah
9 DI Yogyakarta
10 Jawa Timur
11 Kalimantan Barat
12 Kalimantan Timur
13 Bali
14 Sulawesi Selatan
1S Sulawesi Utara
16 NTB
17 NTT
18 Papua
19 Papua Barat

Grup A (2009-2014)		Grup B (2010-2015)		Grup C (2011-2015)	
GF Ronde 8, 12 Provinsi		**GF SSF - Thn 1** +11 Provinsi		**GF SSF - Thn** +10 Provinsi	
1	Sumatera Utara	1	Sumatera Barat	1	N Aceh Darussalam
2	Riau	2	Lampung	2	Jambi
3	Sumatera Selatan	3	DI Yogyakarta	3	Bengkulu
4	Kepulauan Riau	4	Banten	4	Kep Bangka Blitung
S	DKI Jakarta	S	NTB	S	Kalimantan Tengah
6	Jawa Barat	6	NTT	6	Sulawesi Tengah
7	Jawa Tengah	7	Kalimantan Barat	7	Sulawesi Tenggara
8	Jawa Timur	8	Kalimantan Selatan	8	Gorantolo
9	Bali	9	Kalimantan Timur	9	Sulawesi Barat
10	Sulawesi Selatan	10	Sulawesi Utara	10	Maluku Utara
11	Papua	11	Maluku		
12	Papua Barat				

Lampiran 4

63 Kabupaten dan 9 Kota Mandiri - Didanai oleh APBD di 24 provinsi Tahun 2010 & 2011

2010

No	Provinsi(18)	No	Kab (48) Kota (8)	
1	Sumatera Utara	1	Kab Serdang Bedagai	
		2	Kab Tj. Balai	
2	Sumatera Barat	1	Kab. Solok	
3	Sumatera Selatan	1	Kota Lubuklinggau	1
		2	Kab. Ogan Komering Ulu	
4	Kepulauan Riau	1	Kab Bintan	
		2	Kab Natuna	
5	Lampung	1	Kota Metro	2
6	Banten	1	Kota Tangerang South	3
		2	Kota Serang	4
7	Jawa Barat	1	Kab Bandung	
		2	Kab Sumedang	
		3	Kab Subang	
		4	Kab Tasikmalaya	
		S	Kab Garut	
		6	Kota Sukabumi	5
		7	Kab Tasikmalaya	
		8	Kab Cimahi	
8	Jawa Tengah	1	Kota Salatiga	6
		2	Kab Temanggung	
		3	Kab Jepara	
		4	Kab Grobogan	
		S	Kab Sragen	
9	DI Yogyakarta	1	Kab Gunung Kidul	
		2	Kab Kulon Progo	
10	Jawa Timur	1	Kab Pasuruan	
		2	Kota Pasuruan	7
		3	Kab Tulung Agung	
		4	Kab Madiun	
		S	Kab Jombang	
		6	Kab Gresik	
		7	Kab Batu	
		8	Kab Nganjuk	
		9	Kota Madiun	8
11	Bali	1	Kab Klungkung	
		2	Kab Karang Asem	
		3	Kab Jembrana	
		4	Kab Bangli	
		S	Kab Gianyar	
12	NTT	1	Kab Flores Timur	
		2	Kab Ende	
		3	Kab Sumba Barat	
		4	Kab Timor Tenggara	

13	Kalimantan Barat	1	Kab. Landak	
14	Kalimantan Tengah	1	Kab. Muara Teweh	
15	Kalimantan Timur	1	Kab. Nunukan	
		2	Kab. Bontang	
		3	Kutai Timur	
		4	Kutai Kartanegara	
16	Sulawesi Utara	1	Kab Minahasa	
		2	Kab Minahasa South	
17	Sulawesi Selatan	1	Kab. Luwu Timur	
		2	Kab Bulukumba	
		3	Kab Wajo	
18	Sulawesi Barat	1	Kab Mamasa	
	18 Propinsi		48 Kabupaten	8 Kota

2011

#	Provinsi (6)	#	Kab (15) Kota (1)	
1	NAD	1	Kab. Aceh Barat	
		2	Kab. Aceh Utara	
2	Riau	1	Kab Siak	
		2	Kab Kepulauan Meranti	
3	Bangka Belitung	1	Kab Bangka Selatan	
		2	Kab Belitung Timur	1
4	Kalimantan Selatan	1	Kota Banjar Baru	
		2	Kab. Banjar	
		3	Kab. Balangan	
5	Sulawesi Tengah	1	Kab. Parigimoutong	
		2	Kab. Tojo Una Una	
		3	Kab. Luwuk	
		3	Kab. Bangkep	
6	Gorontalo	1	Kab. Bonebolango	
		2	Kab. Gorontalo	
		3	Kab. Pohuwato	
	6 Propinsi		15 Kabupaten	1 Cities
	24 Provinsi		63 Kabupaten	**9 Kota**

Lampiran 5

Pelayanan aktif - Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan

Rumah sakit (218) dan satelitnya (68 - rumah sakit dan puskesmas)

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit
1	N A D	Banda Aceh	RSU Dr. Zainoel Abidin
2	Sumatera Utara	Asahan	RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kisaran
3	Sumatera Utara	Binjai	RSUD Dr.Djoelham
4	Sumatera Utara	Deli Serdang	RSU Lubuk Pakam Deli Serdang
S	Sumatera Utara	Medan	RS Bhayangkara Tk.II Sumut
6	Sumatera Utara	Medan	RS Haji Medan - VCT Bina Us Syifa
7	Sumatera Utara	Medan	RS Kesdam II Bukit Barisan
8	Sumatera Utara	Medan	RSU Dr. Pirngadi
9	Sumatera Utara	Medan	RSU H. Adam Malik
10	Sumatera Utara	Pematang Siantar	RSUD Djasemen Saragih
11	Sumatera Utara	Rantau Prapat	RSUD Rantau Prapat Labuhan Batu
12	Sumatera Utara	Serdang Bedagai	RSU Sultan Sulaiman - Serdang Bedagai
13	Sumatera Barat	Bukittinggi	RSU Dr. Achmad Mochtar
14	Sumatera Barat	Padang	RSU Dr. M. Djamil
1S	Riau	Bagan Siapiapi	RS. Dr. RM Pratomo
16	Riau	Bengkalis	RSUD Bengkalis
17	Riau	Dumai	RSUD Dumai
18	Riau	Duri	RS PT Chevron Duri
19	Riau	Indragiri Hilir	RSU Puri Husada-Tembilahan
20	Riau	Kampar	RSUD Bangkinang-Kampar
21	Riau	Mandau	RSUD Mandau
22	Riau	Pangkalan Kerinci	RSUD Selasih
23	Riau	Pekanbaru	RS St. Maria
24	Riau	Pekanbaru	RSJ Tampan
2S	Riau	Pekanbaru	RSUD Arifin Achmad
26	Kepulauan Riau	Batam	RS Budi Kemuliaan
27	Kepulauan Riau	Batam	RS. Saint Elizabeth
28	Kepulauan Riau	Batam	RSUD Batam
29	Kepulauan Riau	Karimun	RSUD Karimun
30	Kepulauan Riau	Bintan	RSUD Tanjung Uban
31	Kepulauan Riau	Tanjung Pinang	RSU Tanjung Pinang
32	Sumatera Selatan	Banyuasin	RSUD Banyuasin
33	Sumatera Selatan	Kayu agung	RSUD Kayuagung
34	Sumatera Selatan	Lubuk Linggau	RSUD Siti Aisyah
3S	Sumatera Selatan	Muara Enim	RSU Prabumulih
36	Sumatera Selatan	Musi Rawas	RS. Dr. Sobirin Musi Rawas

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit
37	Sumatera Selatan	Ogan Komering Ulu	RSUD Dr. Ibnu Sutowo Baturaja
38	Sumatera Selatan	Palembang	RS Ernaldi Bahar
39	Sumatera Selatan	Palembang	RS Myria Palembang
40	Sumatera Selatan	Palembang	RS RK Charitas
41	Sumatera Selatan	Palembang	RSU Dr. M.Hoesin Palembang
42	Bengkulu	Bengkulu	RSU Dr. M. Yunus
43	Jambi	Jambi	RSU Raden Mattaher
44	Lampung	Bandar Lampung	RSU Dr. H. Abdoel Moeloek
4S	Lampung	Lampung Selatan	RSUD Kalianda
46	Bangka Belitung	Bangka	RSU Sungai Liat
47	Bangka Belitung	Belitung	RSUD Tanjung Pandan - Pangkal Pinang
48	Bangka Belitung	Pangkal Pinang	RSUD Depati Hamzah - Pangkal Pinang
49	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RS Kanker Dharmais
S0	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RS PELNI
S1	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RS Royal Taruma
S2	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RSAB Harapan Kita
S3	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RSUD Cengkareng
S4	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RS Husada
SS	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RS Kramat 128
S6	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RS St. Carolous
S7	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSAL Dr. Mintoharjo
S8	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSPAD Gatoet Soebroto
S9	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSUD Tarakan
60	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
61	DKI Jakarta	Jakarta Selatan	RS Jakarta
62	DKI Jakarta	Jakarta Selatan	RSU Fatmawati
63	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RS Kepolisian Pusat Dr. Soekanto
64	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RS Ketergantungan Obat
6S	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RS UKI
66	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSJ Duren Sawit
67	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSPAU Dr. Esnawan Antariksa
68	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSUD Budhi Asih
69	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSUP Persahabatan
70	DKI Jakarta	Jakarta Utara	RS Pluit
71	DKI Jakarta	Jakarta Utara	RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso
72	DKI Jakarta	Jakarta Utara	RSUD Koja
73	Jawa Barat	Bandung	RS Al Islam Bandung
74	Jawa Barat	Bandung	RS Bungsu
75	Jawa Barat	Bandung	RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu
76	Jawa Barat	Bandung	RSUD Kota Bandung - Ujung Berung
77	Jawa Barat	Bandung	RSUP Dr. Hasan Sadikin
78	Jawa Barat	Bekasi	RS Ananda

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit
79	Jawa Barat	Bekasi	RSU Kota Bekasi
80	Jawa Barat	Bekasi	RSUD Kabupaten Bekasi
81	Jawa Barat	Bogor	RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi
82	Jawa Barat	Cirebon	RSUD Gunung Jati
83	Jawa Barat	Cirebon	RSUD Waled
84	Jawa Barat	Indramayu	RS Bhayangkara - Indramayu
8S	Jawa Barat	Karawang	RSU Karawang
86	Jawa Barat	Tasikmalaya	RSU Tasikmalaya
87	Banten	Serang	RSU Serang
88	Banten	Tangerang	RS Qadr
89	Banten	Tangerang	RS Cilegon
90	Banten	Tangerang	RS Usada Insani
91	Banten	Tangerang	RSU Tangerang
92	Jawa Tengah	Banyumas	RSU Banyumas
93	Jawa Tengah	Batang	RSU Batang
94	Jawa Tengah	Brebes	RSUD Brebes
9S	Jawa Tengah	Cilacap	RSU Cilacap
96	Jawa Tengah	Jepara	RSUD RA Kartini
97	Jawa Tengah	Kebumen	RSUD Kebumen
98	Jawa Tengah	Kendal	RSUD Dr. H. Soewondo Kendal
99	Jawa Tengah	Pati	RSUD RAA Soewondo - Pati
100	Jawa Tengah	Purwokerto	RSU Prof. Dr. Margono Soekarjo
101	Jawa Tengah	Salatiga	RS Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga
102	Jawa Tengah	Salatiga	RSUD Salatiga
103	Jawa Tengah	Semarang	RSUP Dr. Kariadi
104	Jawa Tengah	Semarang	RS Tugurejo
10S	Jawa Tengah	Semarang	RSU Ambarawa
106	Jawa Tengah	Semarang	RSU Pantiwilasa Citarum
107	Jawa Tengah	Slawi	RSU Dr. H.M. Suselo
108	Jawa Tengah	Surakarta	RS Dr. Oen
109	Jawa Tengah	Surakarta	RSU Dr. Moewardi
110	Jawa Tengah	Tegal	RSU Kardinah = RSU Tegal
111	Jawa Tengah	Temanggung	RSU Temanggung
112	D I Yogyakarta	Yogyakarta	RS Bethesda
113	D I Yogyakarta	Yogyakarta	RS PKU MUHAMMADIYAH
114	D I Yogyakarta	Yogyakarta	RSU Dr. Sardjito
11S	D I Yogyakarta	Yogyakarta	RSU Panti Rapih
116	D I Yogyakarta	Bantul	RSUD Panembahan Senopati
117	Jawa Timur	Banyuwangi	RSU Blambangan
118	Jawa Timur	Banyuwangi	RSUD Genteng
119	Jawa Timur	Blitar	RSUD Ngudi Waluyo Wlingi
120	Jawa Timur	Gresik	RS Ibnu Sina Gresik

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit
121	Jawa Timur	Jember	RSUD Balung
122	Jawa Timur	Jember	RSU Dr. Soebandi
123	Jawa Timur	Jombang	RSU Jombang
124	Jawa Timur	Kediri	RSUD Gambiran
125	Jawa Timur	Kediri	RSU Pare
126	Jawa Timur	Lamongan	RSUD Dr Soegiri Lamongan
127	Jawa Timur	Madiun	RSUD Dr. Soedono Madiun
128	Jawa Timur	Malang	RS Islam Malang - UNISMA
129	Jawa Timur	Malang	RSU Dr. Syaiful Anwar
130	Jawa Timur	Malang	RSU Kepanjen
131	Jawa Timur	Mojokerto	RSU Dr. Wahidin Sudiro Husodo
132	Jawa Timur	Mojokerto	RSUD Prof. Dr. Soekandar
133	Jawa Timur	Nganjuk	RSU Nganjuk
134	Jawa Timur	Sampang	RSUD Sampang
135	Jawa Timur	Sidoarjo	RSU Sidoarjo
136	Jawa Timur	Surabaya	RS Bhayangkara Tk II. Jatim
137	Jawa Timur	Surabaya	RSUD Dr. M. Soewandhie
138	Jawa Timur	Surabaya	RS Khusus Paru Surabaya
139	Jawa Timur	Surabaya	RSAL Dr. Ramelan
140	Jawa Timur	Surabaya	RSJ Menur
141	Jawa Timur	Surabaya	RSUD Dr. Soetomo
142	Jawa Timur	Tulungagung	RSUD Dr. Iskak Tulungagung
143	Bali	Badung	RSUD Badung
144	Bali	Buleleng	RSU Singaraja
145	Bali	Denpasar	RSUP Sanglah
146	Bali	Gianyar	RSUD Sanjiwani
147	Bali	Tabanan	RSUD Tabanan
148	Bali	Wangaya	RSUD Wangaya
149	Kalimantan Barat	Ketapang	RSUD Agoesdjam
150	Kalimantan Barat	Mempawah	RSUD Dr. Rubini Mempawah
151	Kalimantan Barat	Pontianak	RS Khusus Prov. Kalimantan Barat
152	Kalimantan Barat	Pontianak	RSU Dr. Soedarso
153	Kalimantan Barat	Pontianak	RSU St. Antonius
154	Kalimantan Barat	Sambas	RSU Pemangkat
155	Kalimantan Barat	Sanggau	RSU Sanggau
156	Kalimantan Barat	Singkawang	RSU Dr. Abdul Aziz
157	Kalimantan Barat	Sintang	RS Ade M Djoen
158	Kalimantan Timur	Balikpapan	RS TNI Dr. R. Hardjanto
159	Kalimantan Timur	Balikpapan	RSU Dr. Kanudjoso Djatiwibowo
160	Kalimantan Timur	Malinau	RSUD Malinau
161	Kalimantan Timur	Nunukan	RSU Kab Nunukan
162	Kalimantan Timur	Samarinda	RS Dirgahayu

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit
163	Kalimantan Timur	Samarinda	RSU H. A. Wahab Sjahranie
164	Kalimantan Timur	Tarakan	RSUD Tarakan
16S	Kalimantan Tengah	Palangkaraya	RSU Dr. Doris Sylvanus
166	Kalimantan Tengah	Kota Waringin Barat	RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun
167	Kalimantan Selatan	Banjarmasin	RS Ansari Saleh
168	Kalimantan Selatan	Banjarmasin	RSU Ulin Banjarmasin
169	N T B	Lombok Tengah	RSUD Praya
170	N T B	Lombok Timur	RSU Dr. R. Soedjono Selong
171	N T B	Mataram	RSJ Prov. NTB
172	N T B	Mataram	RSU Mataram
173	NTT	Belu	RSU Atambua
174	NTT	Ende	RSUD Ende
17S	NTT	Flores Timur	RSUD Larantuka
176	NTT	Kupang	RS REM 161 Wirasakti
177	NTT	Kupang	RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes
178	NTT	Kupang	RSUD Umbu Rara Meha
179	NTT	Manggarai	RSUD RUTENG
180	NTT	Sikka	RSUD Dr. TC. Hillers
181	NTT	Sumba Daya Barat	RS Karitas
182	Sulawesi Utara	Bitung	RSU Bitung
183	Sulawesi Utara	Manado	RS Prof. Dr. V.L. Ratumbuysang
184	Sulawesi Utara	Manado	RSUP Prof. dr. R. D. Kandaou Manado
18S	Sulawesi Utara	Teling	RSAD R.W. Mongisidi
186	Sulawesi Utara	Tomohon	RS Bethesda Tomohon
187	Sulawesi Tengah	Palu	RSU Undata Palu
188	Sulawesi Selatan	Bulukumba	RSUD Haji Andi Sultang Daeng Radja
189	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Bhayangkara
190	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Jiwa Dadi
191	Sulawesi Selatan	Makassar	RSUD Labuang Baji
192	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Pelamonia
193	Sulawesi Selatan	Makassar	RSU Daya
194	Sulawesi Selatan	Makassar	RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
19S	Sulawesi Selatan	Palopo	RSU Sawerigading
196	Sulawesi Selatan	Pare-pare	RSU Andi Makassau
197	Sulawesi Selatan	Pinrang	RSU Lasinrang
198	Sulawesi Tenggara	Kendari	RSU Prov.SULAWESI TENGGARA- Kendari
199	Gorontalo	Gorontalo	RSUD Prof. Dr.H. Aloei Saboe
200	Maluku	Ambon	RSUD Dr. M. Haulussy
201	Maluku	Tual	RSUD Karel Sadsuitubun Langgur
202	Maluku Utara	Ternate	RSUD Dr. Chasan Boesoirie
203	Papua Barat	Fak Fak	RSU Fak-fak
204	Papua Barat	Manokwari	RSU Manokwari

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit
205	Papua Barat	Sorong	RSU Sorong
206	Papua Barat	Sorong	RSUD Sele Be Solu
207	Papua	Jayapura	RSUD Yowari
208	Papua	Abepura	RSUD Abepura
209	Papua	Biak	RSUD Biak
210	Papua	Jayapura	RS Dian Harapan
211	Papua	Jayapura	RSUD Jayapura
212	Papua	JayaWijaya	RSUD Wamena
213	Papua	Merauke	RSUD Merauke
214	Papua	Mimika	RS Mitra Masyarakat
215	Papua	Mimika	RS Tembagapura
216	Papua	Mimika	RSU Timika
217	Papua	Nabire	RSU Nabire
218	Papua	Paniai	RSUD Paniai

Juni 2011. Pelayanan aktif - Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan

Rumah Sakit (218) dan satelitnya (68 - Rumah Sakit dan Puskesmas)

No.	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Rumah Sakit	Tipe Satelit
1	N A D	Aceh Barat	Rsu Cut Nyak Dien (satelit RS Zaenoel Abidin)	RS
2	N A D	Aceh Tamiang	Rsu Tamiang (satelit RS Zaenoel Abidin)	RS
3	N A D	Aceh Timur	RSU Langsa (satelit RS Zaenoel Abidin)	RS
4	N A D	Aceh Utara	Rsu Cut Meutia (satelit RS Zaenoel Abidin)	RS
5	N A D	Pidie	RSU Sigli (satelit RS Zaenoel Abidin)	RS
6	Sumatera Utara	Medan	Klinik Penyakit Tropik dan Infeksi: Dr Umar Zein (Satelit RS Pirngadi)	Klinik
7	Sumatera Utara	Balige	RS HKBP Tobasa (satelit RS Bhayangkara)	RS
8	Sumatera Utara	Karo	RS Kabanjahe (satelit RS Adam Malik)	RS
9	Sumatera Utara	Medan	RSU Bina Kasih (satelit RS Kesdam)	RS
10	Bangka Belitung	Belitong Timur	RSUD Manggar (satellit RSUD Tj Pandan)	RS
11	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	LAPAS Salemba (satelit St Carolous)	Lapas
12	DKI Jakarta	Jakarta Timur	Lapas Pondok Bambu (satelit RSJ Duren Sawit?)	Lapas
13	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	PPTI (Perhimpunan Penanggulangan Tuberculosisi Indonesia, satelit RSPI)	LSM
14	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	YPI (satelit RSCM)	LSM
15	DKI Jakarta	Jakarta Barat	Puskesmas Kali Deres (satelit YPI-RSCM)	PKM
16	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	Puskesmas Kecamatan Gambir (satelit RS Tarakan)	PKM
17	DKI Jakarta	Jakarta Selatan	Puskesmas Tebet (satelit YPI-RSCM)	PKM
18	Jawa Barat	Bandung	Lapas Kebon Waru (satelit RSHS)	Lapas
19	Jawa Barat	Bandung	Lapas Banceuy (Rutan Klas I, satelit RSHS)	Lapas

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit	Tipe Satelit
20	Jawa Barat	Bandung	Lapas Suka Miskin (satelit RSHS)	Lapas
21	Jawa Barat	Bekasi	Lapas Bekasi (satelit RS Ananda)	Lapas
22	Jawa Barat	Cirebon	Lapas Gintung (satelit RS Gunung Jati)	Lapas
23	Jawa Barat	Bandung	Puskesmas Kopo (satelit RSHS)	PKM
24	Jawa Barat	Bandung	Puskesmas Salam (satelit RSHS)	PKM
25	Jawa Barat	Cirebon	Puskesmas Larangan (satelit RS Gunung Jati)	Pkm
26	Jawa Barat	Bandung	RS Immanuel (satelit RSHS)	RS
27	Jawa Barat	Bandung	RS St. Borromeus (satelit RSHS)	RS
28	Jawa Barat	Cianjur	RSUD Cianjur(satelit RSHS)	RS
29	Jawa Barat	Indramayu	RSU Indramayu(satelit RSHS)	RS
30	Jawa Barat	Kuningan	RSU Kuningan(satelit RSHS)	RS
31	Jawa Barat	Purwakarta	RSUD Bayu Asih(satelit RSHS)	RS
32	Jawa Barat	Subang	RSUD Subang(satelit RSHS)	RS
33	Jawa Barat	Sukabumi	RS Assyifa (satelit RSHS)	RS
34	Jawa Barat	Sukabumi	RSUD R. Syamsudin SH (satelit RSHS)	RS
35	Jawa Tengah	Semarang	BKPM Semarang (Badan kes Paru Masy.) (satelit Kariadi)	Balai Negara
36	Jawa Tengah	Surakarta	BBKPM (Balai Besar Kes Paru Masy. Satelit Moewardi)	Balai Negara
37	Bali	Denpasar	Yayasan Kepti Praja (satelit Sanglah)	LSM
38	Bali	Buleleng	Puskesmas Grogak (satelit Buleleng)	PKM
39	Kalimantan Selatan	Tanah Bumbu	RS Amanah Husada (satelit RS Ansari Saleh)	RS
40	Sulawesi Selatan	Makassar	Klinik Prof. dr. Abd Halim (satelit RS Wahidin)	Klinik
41	Sulawesi Selatan	Makassar	Puskesmas Jumpandang Baru (satelit RS Wahidin)	PKM
42	Sulawesi Selatan	Makassar	Puskesmas Kasi-kasi (satelit RS Wahidin)	PKM
43	Papua	Jaya wijaya	Klinik Kalvari	Klinik
44	Papua	Merauke	Puskesmas Kuprik (satelit RSUD Merauke)	Klinik
45	Papua	Merauke	Puskesmas Mopah (RSUD Merauke)	Klinik
46	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Depapre (satelit RS Abepura)	PKM
47	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Dosai (satelit RS Abepura)	PKM
48	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Harapan (satelit RS Abepura)	PKM
49	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Jayapura Utara (satelit RS Abepura)	PKM
50	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Kota Raja (satelit RS Abepura)	PKM
51	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Koya Barat (satelit RS Abepura)	PKM
52	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Sentani (satelit RS Abepura)	PKM
53	Papua	(induk: Abepura)	Puskesmas Waena(satelit RS Abepura)	PKM
54	Papua	Jaya wijaya	Puskesmas Wamena (sateli RS Wamena)	PKM
55	Papua	Mimika	Puskesmas Timika (satelit RS Mimika)	PKM
56	Papua	Mimika	Puskesmas Timika Jaya (satelit RS Mimika)	PKM
57	Papua	Mimika	Puskesmas Koamki (satelit RS Mitra Masy.)	PKM
58	Papua	(induk: Abepura)	RS Mulia Puncak Jaya (satelit RS Abepura)	RS
59	Papua	Baru	RSUD Asmat (satelit RS Merauke)	RS

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Rumah Sakit	Tipe Satelit
60	Papua	Bovendigul	RS Boven Digul (satelit RS Merauke)	RS
61	Papua	Kepi	RS Kepi (satelit RS Merauke)	RS
62	Papua	Tembaga Pura	RS Waa Banti- Tembaga Pura (satelit Tembaga Pura)	RS
63	Papua Barat	Kota Sorong	Klinik Santo Agustinus (satelit RSU Selebe Solu)	Klinik
64	Papua Barat	Fak Fak	Puskesmas Fak Fak Kota (satelit RSU Fak Fak)	PKM
6S	Papua Barat	Kab. Sorong	Puskesmas Aimas (Satelit RSU Sorong)	PKM
66	Papua Barat	Kota Sorong	Puskesmas Malawe (satelit RSU Selebe Solu)	PKM
67	Papua Barat	Kota Sorong	Puskesmas Remu (satelit RSU Selebe Solu)	PKM
68	Papua Barat	Manokwari	Puskesmas Sanggeng (Satelit RSU Manokwari)	PKM

Lampiran 6

Daerah (16 Provinsi & 34 Kabupaten / Kota) yang sudah memiliki PERDA tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS

Sudah ada Perda atau PerGub   Belum ada Perda

KPA Provinsi		Kabupaten/Kota		Perda AIDS
Sumatera Utara		1	Kab. Serdang Bedagai	Ada: Nomor 11 Tahun 2006
		2	Kab. Tanjung Balai Asahan	Ada: Nomor 6 Tahun 2009
1	Riau			Perda Nomor 4 Tahun 2006
Sumatera Selatan		3	Kota Palembang	Perda Nomor 16 Tahun 2007
2	Kepulauan Riau			Ada: Nomor 15 Tahun 2007
3	DKI Jakarta			Ada: Nomor 5 Tahun 2008
4	JawaBarat			Per Gub Nomor 78 Tahun 2010
		4	Kota Cirebon	Ada: Nomor 1 Tahun 2010
		5	Kab. Indramayu	Ada: Nomor 8 Tahun 2009
		6	Kota Bekasi	Ada: Nomor 3 Tahun 2009
		7	Kab. Tasikmalaya	Ada: Nomor 4 Tahun 2007
		8	Kota Tasikmalaya	Ada: Nomor 2 Tahun 2008
5	Jawa Tengah			Perda Nomor 5 Tahun 2009
		9	Kab. Semarang	Ada: Nomor 3 Tahun 2010
		10	Kab. Batang	Ada: Nomor tdk tahu
6	DI Yogyakarta			Ada: Nomor 12 Tahun 2010
7	Jawa Timur			Ada: Nomor 5 Tahun 2004.
		11	Kab. Banyuwangi	Ada: Nomor 6 Tahun 2007
		12	Kab Pasurun	Ada: Nomor 4 Tahun 2010
		13	Kab. Malang	Ada: Nomor 14 Tahun 2008
		14	Kota Probolinggo	Ada: Nomor 9 Tahun 2005
8	Banten			Ada: Nomor 6 Tahun 2010
9	Bali			Perda Nomor 3 Tahun 2006
		15	Kab. Badung	Ada: Nomor 1 Tahun 2008
		16	Kab. Buleleng	Ada: Nomor 5 Tahun 2007
		17	Kab. Klungkung	Ada: Nomor 3 Tahun 2007
		18	Kab. Gianyar	Ada: Nomor 15 Tahun 2007
		19	Kab. Jembrana	Ada: Nomor 1 Tahun 2008
		20	Kab. Bangli	Ada: Nomor 4 Tahun 2010

KPA Provinsi	Kabupaten/Kota	Perda AIDS
10 Kalimantan Barat		Perda Nomor 2 Tahun 2009
11 Kalimantan Timur		Perda Nomor 5 Tahun 2007
	21 Kota Samarinda	Ada: Nomor 23 Tahun 2000
	22 Kota Tarakan	Ada: Nomor 6 Tahun 2007
12 Sulawesi Utara		Perda Nomor 1 Tahun 2009
	23 Kota Bitung	Ada: Nomor 19 Tahun 2006
13 Sulawesi Selatan		Perda No. 4 Tahun 2010
	24 Kab. Bulukumba	Ada: Nomor 5 Tahun 2008
	25 Kab. Luwu Timur	Ada: Nomor 7 Tahun 2009
14 NTB		Perda No. 11 Tahun 2008
15 NTT		Perda No. 3 Tahun 2007
Papua Barat	26 Kab. Manokwari	Ada: Nomor 6 Tahun 2006
	27 Kab. Teluk Bintuni	Ada: Nomor 21 Tahun 2006
	28 Kota Sorong	Ada: Nomor 41 Tahun 2006
16 Papua		Perda No 8 Tahun 2010
	29 Kab. Jayapura	Ada: Nomor 20 Tahun 2003
	30 Kota Jayapura	Ada: Nomor 7 Tahun 2006
	31 Kab. Biak Numfor	Ada: Nomor 2 Tahun 2006
	22 Kab. Nabire	Ada: Nomor 18 Tahun 2003
	33 Kab. Merauke	Ada: Nomor 5 Tahun 2003
	34 Kab. Mimika	Ada: Nomor 11 Tahun 2007

Sumber : KPAN (per September 2011)

Jumlah Perda AIDS di Tingkat Provinsi: 16
Jumlah PerGub : 1
Jumlah Perda AIDS di Tingkat Kabupaten/Kota: 34

Lampiran 7

KEPUTUSAN
SEKRETARIS KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL
Nomor: 1 /SKep/KPA/III/2011
TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN KEPADA PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

SEKRETARIS KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL

MENIMBANG :

a. bahwa setelah dikeluarkannya Peraturan Presiden RI Nomor 75 tahun 2006 perlu disusun Laporan Pertanggung-jawaban Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional kepada Presiden Republik Indonesia sebagai pemberi mandat;
b. bahwa untuk penyusunan, penyempurnaan dan penyelesaian laporan tersebut perlu dibentuk suatu tim penyusun dan finalisasi yang ditetapkan dalam surat keputusan;
c. bahwa mereka yang disebut dalam keputusan ini dianggap memenuhi syarat dan mampu untuk diserahi tugas dan tanggung jawab sebagai anggota tim

MENGINGAT :

a. Peraturan Presiden RI Nomor 75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
b. Peraturan Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 5 tahun 2007

MEMUTUSKAN:

MENETAPKAN : Keputusan Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Nasional tentang Tim Penyusun Laporan kepada Presiden Republik Indonesia

PERTAMA : Membentuk Tim Penyusun Laporan Kepada Presiden Republik Indonesia, Lima Tahun Setelah Peraturan Presiden Nomor 75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dengan susunan keanggotan sebagaimana tersebut dalam Lampiran Surat Keputusan ini.

KEDUA	:	Tim bertanggungjawab membantu KPA Nasional menyusun Laporan Kepada Presiden RI, tentang pelaksanaan lima tahun Peraturan Presiden Nomor 75 tahun 2006..
KETIGA	:	Untuk keperluan pada butir kedua, Tim dapat bekerja sama dengan narasumber dan pihak lain yang diperlukan
KEEMPAT	:	Segala biaya yang diperlukan Tim untuk melakukan tugasnya dibebankan pada Anggaran Rutin KPA Nasional dan sumber lain yang tidak mengikat dan dapat dipertanggung jawabkan
KELIMA	:	Keputusan ini mulai berkalu sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian haru terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada tanggal : 15 Maret 2011

SEKRETARIS KOMINSI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL

KOMISI PENANGGULANGAN AIDS

ttd.

Dr. Nafsiah Mboi, SpA, MPH

Tembusan Yth:

1. Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (sebagai Laporan)
2. Wakil Ketua I dan II Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (sebagai Laporan)
3. Anggota Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (sebagai Laporan)

Lampiran Surat Keputusan

Nomor : /SK/SET/KPA/V/2011

Tentang : Tim Penyusun Laporan kepada Presiden RI, lima tahun setelah Peraturan Presiden RI Nomor 75 tahun 2006

Susunan Tim Penyusun Laporan Kepada Presiden RI, lima tahun setelah Peraturan Presiden RI Nomor 75 tahun 2006

TIM PENGARAH

KETUA: Nafsiah Mboi, Sekretaris KPA Nasional

Wakil Ketua 1: Emil Agustiono, Deputi Bidang koordinasi Kesehatan, kependudukan dan Keluarga Berencana Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat

Wakil Ketua 2: Tjandra Yoga Aditama, Dirjen P2PL, Kementerian Kesehatan

Sekretaris: Kemal N. Siregar, Deputi bidang Pengembangan Program Sekretariat KPA Nasional

ANGGOTA:

1. Eppy Lugiarti, Direktorat Pemberdayaan Adat dan Sosial budaya masyarakat, Kemendagri
2. H. Tulus, Staf Ahli Menteri Bidang Hukum dan HAM, Kementerian Agama
3. Emma Purba, Pusat Kesejahteraan Rakyat, Badan Informasi Publik Kementerian Komunikasi dan Informasi
4. Muqowimul Aman, Direktur Jenderal Pemasyarakatan, KemKumHAM
5. Bakrie, Direktur Pemberdayaan Masyarakat, Direktorat Jenderal Pengembangan Destinasi Pariwisata
6. Sudi Astono, Sekretariat Jenderal Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi
7. Ella Yulaelawati, Direktur Pendidikan Masyarakat, Kemdiknas
8. Max. H. Tuapattimain, Direktur Rehabilitasi Penyalahgunaan Narkoba, Kemsos
9. A. M. Asnandar, Direktur Rehabilitasi Tuna Sosial, Kemsos
10. Medianto, mewakili Staf Ahli Bidang Lingkungan, Kementerian Perhubungan
11. Imam Gunawan, Sekretariat Menteri Pemuda dan Olah raga, Kementerian Pemuda dan Olahraga
12. Ida Suselo Wulan, Deputi Bidang PUG bidang Polsoskum, Kementerian PP dan PA

13. Hadiat, Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat,, Bappenas
14. Heri Widyawati, Sekretariat Menteri Negara Riset dan teknologi, KNRT
15. Djoko Rahwidiarto, Kedeputian Sekretaris Kabinet Bidang Pemerintahan, Sekretaris Kabinet
16. Ghufron Sholihin, Pusat Kesehatan TNI
17. Rudatin, Perwakilan Pusdokkes POLRI
18. Dja'far, DIrektorat Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi BKKBN
19. Tarwadi, Kedeputian Bidang Teknologi Agroindustri dan Bioteknologi, BPPT
20. Ediani Rahardjanti, Sub Direktorat Komunitas Terapeutik, Direktorat Penguatan Lembaga Rehabilitasi Komponen Masyarakat, Deputi Rehabilitasi, BNN
21. Buyung Nazili, Direktorat Kesehatan Kuathan, Dephan
22. Andie Endrijatno, Perwakilan SAM PU Bidang Hubungan Antar Lembaga Kementerian Pekerjaan Umum
23. Dindin Wahyudin, Direktorat Sosisal Budaya dan OINB, Ditjen Mulitlateral, Kementerian Luar Negeri
24. Daeng Faqih, Perwakilan Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, PB.IDI
25. Husein Habsyi, Perwakilan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
26. Exkuwin Suharyanto, Perwakilan Pengurus Pusat PMI bidang Kesehatan dan UTD
27. Nina Tursina, Komite Tetap Perdagangan Internasional KADIN Indonesia
28. Christine Wahyuni, Yayasan Spiritia
29. Omar Syarif, Kornas JOTHI
30. Sunarsih, Kornas IPPI
31. Tono Permana, Kornas GWL INA
32. Susi Nurti Feriana, Kornas OPSI
33. Samuel Nugraha Kornas PKNI
34. Evodia Iswandi Country Program, IBCA

TIM PENULIS

KETUA: Kemal N. Siregar

SEKRETARIS: Wenita Indrasari
KONSULTAN: Karen H. Smith

ANGGOTA:

1. Mohamad Subuh, Direktur P2M, Kemkes
2. Tony Wandra, KaSubDit AIDS dan IMS, Kemkes
3. Chabib Aswan, Asdep Urusan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
4. Enang, Direktorat Tuna Sosial Kementerian Sosial

5. Dyah Ayu N.H, Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
6. Adhi Setyo M., Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas
7. Mayda Wardianti, Direktorat Jenderal Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial
8. Budi Utomo, Universitas Indonesia
9. Robert Magnani, Family Health International
10. Nurcholis Madjid, Family Health International
11. Abby Ruddick, HCPI
12. Nancy Fee, UNAIDS
13. Irawan Kosasih, WHO
14. Nadiar, Sekretariat KPA Nasional
15. Suriadi, Sekretariat KPA Nasional
16. Asep Kurniawan, Sekretariat KPA Nasional
17. Roberta Taher, Sekretariat KPA Nasional
18. Irawati Atmosukarto, Sekretariat KPA Nasional